

Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **FELIPE PEREIRA DA COSTA**

Nº Sinistro: **3180500424**

Vitima: **FELIPE PEREIRA DA COSTA**

Data do Acidente: **08/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180500424**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13522098



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: FELIPE PEREIRA DA COSTA
Nº Sinistro: 3180500424
Vitima: FELIPE PEREIRA DA COSTA
Data do Acidente: 08/07/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180500424**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 27 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180500424

Vítima: FELIPE PEREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 08/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FELIPE PEREIRA DA COSTA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

23 OUT 2018

RECEBIDO

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
20/08/2018 - Autoatendimento - 12:43:38
086774164 1484

EXTRATO DE POUpanCA PARA SIMPLES CONFERENCIA
EXTRATO DE POUpanCA OURO/POUPEX

AGENCIA: 2739-I
CONTA: 20.933-3
VARIACAO: 51
CLIENTE: FELIPE PEREIRA DA COSTA

DATA	DT.BS	HISTORICO	VALOR
----- Agosto/2018 -----			
1988		Saldo ant.	0,00 C
DISPONIVEL			0,00 C
VLR. BLOQUEADO			0,00 D
SALDO TOTAL			0,00 C

SALDO POR DATA BASE

P1 9,96 C

MENSAGENS DIVERSAS

SELIC igual/menor que 8,5% A.A.: TR+70% DA SELIC
SELIC maior que 8,5% A.A.: TR+0,5% A.M.
Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.

23 OUT 2018


AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

012.102.434-37

FELIPE PEREIRA DA COSTA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FELIPE PEREIRA DA COSTA		CPF titular da conta		Profissão agente
Endereço Rua Comandante Duarte		Número 512	Complemento	
Bairro Centro	Cidade Pimonez, Jabel	Estado PB	CEP 58.755-000	
Email fmc@vivo.com				Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NÚMERO 2339-1 D/V 3 (Informar dígito se existir)	CONTA NÚMERO 20933 D/V 3 (Informar dígito se existir)	BANCO Nome BRASIL NÚMERO 001	AGÊNCIA NÚMERO 2339-1 D/V 3 (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Pimonez, Jabel, PB 01 de outubro de 2018
Local e Data

X Felipe pereira da costa
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

23 OUT 2018

RECEBIDO



CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS
 REGISTRO GERAL DE IMÓVEIS, TÍTULOS E DOCUMENTOS,
 PROCURAÇÕES, ATTESTADOS E TESTAMENTOS
 CERTIFICADO QUE A PRESENTE COPIA É A
 reprodução fiel do original que me foi
 apresentado; dou fé. Triunfo, 09 de outubro
 de 2018. Substituta: EDIVANEIDE MENEZES DE
 SOUZA. Emol: R\$ 3,41. TSNR R\$ 0,69.
 FAPC R\$ 0,04. Total R\$ 4,09.
 Selo: 0071841.CVM10201806.00136.

Carteria Autenticada em: www.tpi.jus.br/cartoria

Edivaneide Menezes de Souza

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial: N° 427/2018, LIVRO n° 02/2018, sob a responsabilidade da autoridade policial, Delegado, GUTEMBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL.

DATA: 21 de AGOSTO do ano de Dois Mil e Dezoito

HORA: 08h30min

CIDADE: PRINCESA ISABEL - PB

Noticiante: FELIPE PEREIRA DA COSTA

Estado civil: SOLTEIRO

RG: 9.401.236 SDS/PE CPF: 072.102.434-37

Sexo: MASCULINO

Nascimento: 04.12.1995

Idade: 22 anos

Naturalidade: Brasileira

Naturalidade: Princesa Isabel/PB

Profissão: Agricultor

Alfabetizado: SIM

Filiação: Valdemar Pereira da Costa e Sônia Maria de Araújo da Costa

Endereço: Rua Pedro Sobreiro Duarte, s/n, José Evaristo, Princesa Isabel/PB.

NARRATIVA

QUE no dia 08 de julho de 2018, por volta das 19h00min, quando trafegava de moto pela rua do Marcadinho de Dão, no Jardim Karlota, colidiu em um cachorro e veio a cair no chão; QUE o noticiante conduzia a motocicleta HONDA/XRE 300, PLACA OYS9822, ANO 2014/2015, CHASSI 9C2ND1110FR001983, em nome de Mateus de Araújo da Costa; QUE foi socorrido por terceiros e levado para a UPA - Unidade de Pronto Atendimento de Princesa Isabel/PB.

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante Felipe Pereira da Costa

[Assinatura]
 162.004-4

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Felipe Pereira de Costa

CPF da Vítima

072102431-37

Data do Acidente

08/07/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018

RECEBIDO

Pernambuco, 08 de Outubro de 2018

Local e Data

X Felipe Pereira de Costa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA

Telefone: (83) 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

CNES: 7637802

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, nº S/N - MAIA

Telefone: (83) 3457-2270 Fax: 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM Data: 08/07/2018

Cod. Prof: 83

Profissional: ANDRE GUSTAVO FERREIRA DE SOUZA

Senha: Senha

Pront. - Paciente: 18726 - FELIPE PEREIRA DA COSTA

Pront. Local:

Data Nasc.: 04/12/1995

Idade Pac.: 22 Anos, 7 Meses e 4 Dias.

RG: 9401236

Endereço: RUA - PEDRO SOBREIRA DUARTE

Nº: S/N

Bairro: ZE EVARISTO

Município: PRINCESA ISABEL

Nome da Mãe: SONIA MARIA DE ARAUJO DA COSTA

Cartão SUS: 704600682625029

Data e Hora da Recepção: 08/07/2018 18:32

Nº da Ficha: 73067

Nº do Atendimento: 1º Atendimento

Hipertensão: () Sim (X) Não Diabetes: () Sim (X) Não CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) AMARELO

DADOS GERAIS DA CONSULTA MÉDICA

DADOS DA PRÉ CONSULTA Tipo de Clínica: CLINICA MEDICA

Data: 08/07/2018 18:35:

Profissional da Pré-Consulta: 50 - RAFAELA MAIA FERNANDES MEDEIROS

COREN: 94852-PB

P.A.: ___ X ___ mmHg Peso: ___ Kg Temperatura: ___ °C Estatura: ___ cm Per. Cefálico: ___ Per. Torácico: ___ Glicemia: ___ mg/dl

Informações da Pré-Consulta:

Paciente vítima de acidente de moto. Apresenta desorientação e escoriações nos MMII. Ingeriu bebida alcoólica.

Medicamentos em Uso:

NÃO SABE SE TEM ALERGIA HÁ MEDICAMENTOS

- Informações Médicas:

QD / HPMA / ISDA / ANTEC / EXAME FÍSICO:

08/07/2018 19:43:33 ANDRE GUSTAVO FERREIRA DE SOUZA

PACIENTE COM EDEMA EM PE DIREITO AOS ACIDENTE DE MOTO

APRESENTA COM AGITAAO PSICOMOTORA, SEM COLABORAR COM ATENDIMENTO.

REALIZADO SEDACAO COM DIAZEPAM E AMPLICTIL, POREM PACIENTE EVADIU SEM REALIZAR EXAME

- Informações Da Alta:

ALTA EVADIDO

- Informações De Exames:

Código SUS

Descrição

02-04-06-008-7

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA

02-04-06-015-0

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE

- Informações Medicamentos:

Grupo: 0

Código Descrição

Qtd.

Apresentação

Via. Adm.

Frequencia

767 DIAZEPAM 5 MG/ML - AMPOLA C/ 2 ML

1

AMP

EV

AGORA

128 CLORPROMAZINA, CLORIDATO 25MG/5ML

1

AMP

EV

AGORA

754 PROMETAZINA 25MG/ML - AMP 2ML

1

AMP

IM

AGORA

SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018

RECEBIDO

Roberta da Silva Silveira
COREN: 94852-PB
08/07/2018

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Profissional

SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018

RECEBIDO

MARIA DAS GRACAS ARAUJO DA COSTA
RUA CAMILO DUARTE, 391 - CENTRO
PRINCESSA ISABEL / FICER 5575000-00 - RS

Emprego: 14/09/2018 Referência: 341/2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL: BAIXA RENDIA MONOFÁSICO B220 20/25 - Cntos. Residenciais - 12/2018
Roteiro: 8 - 165 - 80 - 815 Nº medidor: 3000893185

ENERGISA PARA O CLIENTE: SABEMI SEGURADORA S/A
CNPJ: 09.185.112/0001-40 Inscrição: 18.015.024-0

Nota Fiscal de Energia Elétrica Nº 12.493.011
Cód. para DTE Automática: 00018147041

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/ RANI
Set / 2018	14/09/2018	16/10/2018	002.274.934-32 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1814704-1

Canal de contato

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE
RFP 16.436, de 25 de abril de 2012

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
16/09/18	2207	14/09/18	2219	36

Demonstrativo

CD	Descrição	Quantidade Teórica	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)	Valor Base (R\$)
		Teórica (kWh)	CD	CD	CD	CD	CD	CD
0601	Consumo de 20kWh/BR	30.000	0,259510	8,09	8,09	27	2,17	8,09
0602	Consumo de 31 a 100kWh/BR	10.000	0,460010	32,32	32,32	27	6,71	32,32
0603	Consumo de 101 a 220kWh/BR	18.000	0,890460	12,40	12,40	27	3,38	12,40
0604	Acc. B. Vermeles	5,00	8,00	30	1,56	5,00	0,54	0,19
0605	Educação	44,38	44,38	27	1,38	44,38	0,38	1,05
LARGUEIROS E SERVIÇOS								
0607	CONTROLE PÚBLICO	14,16	0,09	0	0,09	0,09	0,09	0,09
0608	Despesas Fixas	30,45	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 55,83 10,08 37,56 10,08 0,82 0,76

Média Últimos meses (kWh) 121
VENCIMENTO 21/09/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 85,83

Histórico de Consumo (kWh)

109 | 126 | 130 | 127 | 125 | 124 | 108 | 134 | 122 | 134 | 120 | 112
Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18

RESERVADO AO FISCO

55eb.02e5.7e14.7689.61a3.d68a.996f.05c2

Indicadores de Qualidade 7/2018 - Período de Referência

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC MENOR	7,00	
DC TRIMESTRAL	15,32	
DC ANUAL	20,88	
FC MENOR	2,85	
FC TRIMESTRAL	7,23	
FC ANUAL	14,45	
PARC	4,25	
ATC	12,22	
	3,08	NOMINAL 220
	1,00	CONTRATADA 202
	0,08	LIMITE INFERIOR 231
		LIMITE SUPERIOR

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Def. da Energia Elétrica	12,40	14,45
Consumo de Energia	31,97	37,25
Serviço de Transmissão	2,08	2,42
Encargos Sociais	2,08	2,42
Imposto Sindical e Encargos	48,27	56,37
Outros Serviços	0,02	0,02
Total	85,83	100,00

Fonte: R. SUEZ (at 7/2018) - RFP 16.436

ATENÇÃO

Sua unidade foi fabricada como Bateria Remota, sendo um processo de RPP-43.
Resposta Tarifária - Vigência 25/09/18 - Res. ANEEL nº 2.438-Baixa Tensão 15,41% Médio
Resposta Tarifária - Vigência 25/09/18 - Res. ANEEL nº 2.438-Alta Tensão 16,75% Médio

Faturas em atraso

PARA LER

Roteiro: 8 - 165 - 80 - 819
Métrica: 1814704-2018-09-2

VENCIMENTO 21/09/2018

TOTAL A PAGAR R\$ 85,83

83860000000-1 85830054000-3 18147042018-1 09200165019-8



23 OUT 2018

RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Felipe Pereira da Costa,RG nº 9401236, data de expedição / / , Órgão SDS/PE,CPF nº 012.102.434-37, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Coronel Duarte</u>
Número	<u>511</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Pimenteiras</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.755-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 3846-1036</u>
E-mail	<u>hmc.assessoria@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pimenteiras, PB, 01 de outubro de 2018.Assinatura do Declarante: X Felipe Pereira da Costa



TELEFAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.0019146-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 168 - RECIFE - PE CEP: 50050-905
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
TELEFONE/CONTRATO: 38461036 C.J. 0 SU 3
CONTA 08/2018 LOCAL 4952 DV 7

www.oi.com.br/MinhaOI

CODIGO MINHA OI
091201460307

Cadastre-se no número
OI e consulte saldo,
histórico de consumo
e muito mais.



TELEFAR NORTE LESTE S/A
CNPJ: 33.000.118/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.0019146-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 168 - RECIFE - PE CEP: 50050-905
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-79



HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
PCA QUINZE DE NOVENBRO, 124
CENTRO
56870-000
TRIUNFO-PE

RECEBIDO
23 OUT 2018
SABEMI SEGURADORA S/A

Telefone

(87) 3846-1036

Vencimento

15/09/2018

Total a pagar

R\$ 162,34

Referência

AGOSTO /2018

Resumo da sua fatura

OI FIXO	R\$	64,04
PACOTE DE MINUTOS FIXO-FIXO LOCAL		
PACOTE DE MINUTOS LONGA DISTANCIA COM 31		
SERVICOS DIGITAIS		
EXCEDENTES, OUTROS SERVICOS E TAXAS	R\$	98,30
LIGACOES FIXO-FIXO		38,81
LIGACOES FIXO-MOVEL		59,49

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos celulares dos DDs 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 51, 53, 54 e 55 passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx.

Mais informações em oi.com.br/9digito.

www.oi.com.br/MinhaOI

CODIGO MINHA OI
091201460307

Cadastre-se no número OI e consulte
saldo, conta detalhada, histórico de
consumo e muito mais.

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Henrique Magalhães de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 041542024 / 56 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Felipe pereira do Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 012102434 / 37 do sinistro de DPVAT cobertura mulher da Vítima Felipe pereira do Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 012102434 / 37, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Advogado Renda: Recuso Informar e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua 15 de Novembro</u>		Número <u>124</u>	Complemento <u>Centro</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Trunfo</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56810000</u>
Email <u>hmc.advogado@gmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>181</u> <u>3846</u> <u>1036</u>	Telefone celular (DDD)

SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018

RECEBIDO

DLDR01 V001/2017

Trunfo, PE de Outubro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

23 OUT 2018

RECEBIDO

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Mateus de Araújo da Costa,
 RG nº 4.231.935, data de expedição 12/03/2014,
 Órgão SDS/PB, portador do CPF nº 075.421.304-80, com
 domicílio na cidade de Princesa Isabel, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Gonçalo Duarte, Centro, nº 511,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Felipe Pereira da Costa, cujo o condutor era
Felipe Pereira da Costa.

Veículo: Ford/Ford XRE 3.0Modelo: 2015Ano: 2014Placa: 0X59822Chassi: 9C2NM0FR001983Data do Acidente: 08/07/2018Local e Data: Princesa Isabel/PB, 27 de agosto de 2018

X Mateus de Araújo da Costa
 Assinatura do Declarante



 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

EMÍLIA ÉRICA
 SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
 Emília Érica Alves Frasco - Tabelião Interina

Reconheço, como autêntica e verdadeira: A(S) FIRMADA(S) _____
 MATEUS DE ARAUJO DA COSTA
 Em testada verdade: Princesa Isabel-PB 27/08/2018 14:00:00
 Emília Érica Alves Frasco - Tabelião Interina
 (2810-0051243)EMLT/PA 19,40 FRAVEN/PA 0,20 FRAVEN/PA 1,90
 SELLO DIGITAL: A4H54533-9094
 Confira a autenticidade em <http://selodigital.tipb.gov.br>

Cartório 2º Ofício
 do Poder Judiciário
 Estado de Pernambuco

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA

Telefone: (83) 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

CNES: 7637802

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, nº S/N - MAIA

Telefone: (83) 3457-2270 Fax: 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM Data: 08/07/2018

PRESCRIÇÃO DA CONSULTA MÉDICA

Cod. Prof: 30

Profissional: ANDRE GUSTAVO FERREIRA DE SOUZA

Pront. - Paciente: 18726 - FELIPE PEREIRA DA COSTA

Cartão SUS: 704600682625029

Data Nasc.: 04/12/1995

Idade Pac.: 22 Anos, 7 Meses e 4 Dias.

RG: 9401236

Endereço:

Bairro:

Município:

Nome da Mãe: SONIA MARIA DE ARAUJO DA COSTA

Data e Hora da Recepção: 08/07/2018 18:32

Nº da Ficha: 73067

Nº do Atendimento: 1º Atendimento

- Informações Medicamentos:

Grupo: 0

Código	Descrição	Qtd.	Apresentação	Via. Adm.	Frequencia
767	DIAZEPAM 5 MG/ML - AMPOLA C/ 2 ML	1	AMP	EV	AGORA
128	CLORPROMAZINA, CLORIDATO 25MG/5ML	1	AMP	EV	AGORA
754	PROMETAZINA 25MG/ML - AMP 2ML	1	AMP	IM	AGORA

SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018

RECEBIDO

Assinatura do Profissional

Exame Autorizado - Responsável

SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018

RECEBIDO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS RESSURSEAS
COLEGIAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
ARTIGOS 109 A 112 DO CONSTITUCIONAL

PB

NOME
FELIPE FERREIRA DA COSTA

DOC IDENTIFICAD. DOB EMISSOR E
9401234 SDS FE

CPF 072.102.434-37 DATA NASCIMTO 04/12/1995

PAISAO
VALDEMAR FERREIRA DA
COSTA
SONIA MARIA DE ARAUJO
DA COSTA

PERMISSAO ACB CATABR
VALIDEZ 20/10/2020 04/02/2016

1467344167

VALIDA EM TODO
O TERRITORIO NACIONAL

PROBIDO PLASTIFICAR

1467344167

PRINCESA ISABEL, PB

DATA EMISSAO 20/02/2017

28150055471
PB034047832

PARAIBA

SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018

RECEBIDO

TEM SE PUBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 08549661

USO OBRIGATORIO
IDENTIDADE CIVIL, PARA TODOS OS FINS LEGAIS
(ART. 18 DA LEI Nº 8.336/84)



ASSINATURA DO PORTADOR

08549661

08549661



 **ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**
CONSELHO SECCIONAL DE PERNAMBUCO
IDENTIDADE DE ADVOGADO

25252-0

NAME
HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO

PROCURADOR
RAFAEL LUIZ DE CARVALHO
INELIA MARIA MAGALHÃES DE CARVALHO

NACIONALIDADE
SERRA TALHADA-PE

DATA DE NASCIMENTO
12/01/1984

CPF
041.542.024-16

RG
8822847 - SSP/PE

DATA DE EXERCÍCIO DA FUNÇÃO
21 15/10/2007

ASSINATURA DO ADVOGADO

ASSINATURA DO CONSELHO SECCIONAL

RECEBIDO

[Home](#)
[About Us](#)
[Contact Us](#)
[Privacy Policy](#)
[Terms of Service](#)
[FAQ](#)
[Blog](#)
[Partners](#)
[Press](#)
[Careers](#)



Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Felipe Pereira do Costa
DATA DO ACIDENTE 08/03/2018 CPF DA VÍTIMA 012.102.431-33
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARÊNTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua 15 de Novembro BAIRRO Centro
Nº 124 COMPLEMENTO _____ UF PE CEP 56.810-000
CIDADE João Pessoa TELEFONE (81) 3846-1036
E-MAIL hmc.advocacia@gmail.com

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA _____
RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

SABEMI SEGURADORA S/A

23 OUT 2018