



Número: **0801932-38.2020.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Princesa Isabel**

Última distribuição : **25/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>DANIEL ARAUJO DE LIMA (AUTOR)</b>	<b>HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36006 894	28/10/2020 10:08	<a href="#"><u>2761503_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Domiel Araújo de Lima, portador da carteira de identidade nº 10.353.711 e inscrito no CPF/MF sob o nº 308.184.224-08, residente e domiciliado na Rua Joaquim Rodrigues, 411 5º Condomínio, Cidade Ribeira Grande, Estado Pernambuco, 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:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Domiel Araújo de Lima

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

SABEMI SEGURADORA S/A

22 SET 2017

RECEBIDO

Local e data



SAMU  
192

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PRINCESA ISABEL - PB**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192**  
**FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: USA 07**



IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA		DN: 14/05/98	SUS: 61294441930018
DATA:	OCORRÊNCIA N°	PACIENTE: Daniel, Andrade da Costa	IDADE: 19 SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
LOCAL DA OCORRÊNCIA		BARRA: <i>Barra do Iucá no povoado Barra</i>	MÉDICO REGULADOR: Dr. Laranhos
APOIO NO LOCAL:		PM <input type="checkbox"/> RESGATE / BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> STTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO	
QTA. SOCORRIDO POR TERCEIROS		RECUSOU ATENDIMENTO	SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTRO.

## TIPO DE AGRADO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> FERIMENTO
<input type="checkbox"/> DROWNING	<input type="checkbox"/> PSQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO / AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABALIMENTO / SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINCO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIÁCA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS:

SABEM/SEGURADORA S/A

## DESTINO DO PACIENTE

SERVIÇO MÉDICO: *DR R PI*RESPONSÁVEL: *Dr. Franchello Furtado*

Médico

CRM: 6603

CNPJ: 23.344.145/0001-800

FUNÇÃO:

22 SET 2017

## MOTIVO DE TRANSPORTE

 APOIO DIAGNÓSTICO SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE OUTRO: TRANSFERÊNCIA SIMPLES

RECEBIDO

## TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL:

RESPONSÁVEL:

FUNÇÃO:

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

*Atividade ceto-contínua em hipercapnia e o exausto. Pior em*

## ADOS VITAIS

VVA:  LIVRE  OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO:  >30ipm / PULSO RADIAL:  Presente  Ausente / PAS:  >90mmhg  <90mmhgP.A: *130 x 90* mm/di FC: *129* FR: *22* TEMP: *36* °C. GLICEMIA: *156* mg/dl Esc. Coma: *SpO2s/02: 95*

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

Ansiedade, Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída, Comunicação Verbal Prejudicada, Confusão Aguda, Deambulação Prejudicada, Díbito Cardíaco Diminuído, Desobstrução Ineficaz das VVAA, Disarreflexia Autônoma, Dor Aguda -> Hipertermia, Hipotermia, Integridade Intética Ineficaz, Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz, Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz, Perfusion Tissular Gastrintestinal Ineficaz, Perfusion tissular Renal Ineficaz, Termorregulação Ineficaz, Troca de gases prejudicada, Ventilação espontânea prejudicada, Volume de líquidos deficiente, Volume Excessivo de Líquidos, Náusea, Retenção Urinária, Percepção Sensorial Perturbada, Interção Social Prejudicada, Incontinência intestinal, Eliminação urinária prejudicada, Constipação, Outros.

## INTERVENÇÕES

*Intubação de membros, curativos, vermicilose em 4.50 e*

## EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO

*Vitória de existente malocclusion, consciente e orientada, apresentando movimento lento (lento) (MSL) duplo supino e o queixo. Mordedor e de dor em 156. MFL é de mobilidade dos membros e de articulações, curativo 307 queimadura após inalação e medicado em 307 queimadura de inalação.*



SAMPA  
192



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)	
Gazes	Medicamentos
Estéril	SRH (1)
Equipas (1)	Tilatol (1)
Telco n. 22 (1)	A'D (1)
Telco n. 20 (1)	
Zurgo 10 ml (1)	

#### E.C.G.

NORMAL  ALTERADO  NÃO REALIZADO

#### EXAME NEUROLÓGICO

AGITAÇÃO  SONOLÉNCIA  COMA  CONVULSÃO  OTARRAGIA  RIGIDEZ  MIDRÍASE

#### EXAME GINECO-OBSTÉTRICO

ABORTAMENTO  HEMORRAGIA VAGINAL  NORMAL \_\_\_\_\_ SEMANAS  TRABALHO DE PARTO  
OUTROS: \_\_\_\_\_

#### DIAGNÓSTICOS E PROCEDIMENTOS

##### DIAGNÓSTICOS

##### PROCEDIMENTOS

DESOBSTRUÇÃO VIAS AÉREAS  INTUBAÇÃO NASO / OROTRAQUEAL  CÂNULA OROFARINGEA  CRICOTIREIDOSTOMIA  RESPIRADOR  
 VENTILAÇÃO MECÂNICA (MANUAL - "AMBU")  INALAÇÃO DE OXIGÉNIO (O2)  DRENAGEM TORÁCICA  MASSAGEM CARDIÁCA EXTERNA  
 DESFIBRILAÇÃO / CARDIOVERSÃO  CONTROLE DE HEMORRAGIA  CURATIVO  PUNÇÃO VENOSA  SONDA GÁSTRICA  S.VESICAL  
 SEDAÇÃO  IMÓBILIZAÇÃO DE MEMBROS  COLAR CERVICAL  TALAS/TRAÇÃO  OROTRAQUEAL  OUTROS: \_\_\_\_\_

#### TERAPÉUTICA / MEDICAMENTOS (PRESCRIÇÃO DIRETA OU POR TELEMEDICINA)

SRH 500 ml EV  
Troxicina 40 mg e AD EV

#### EVOLUÇÃO CLÍNICA / INTERCORRÊNCIAS (MÉDICOS)

#### ENCAMINHAMENTO

LIBERADO APÓS ATENDIMENTO  RECUSA O ATENDIMENTO  ÓBITO NO LOCAL  ÓBITO DURANTE O ATENDIMENTO  ÓBITO DURANTE O TRANSPORTE

#### POSIÇÃO DE TRANSPORTE

DECÚBITO DORSAL  DECÚBITO LATERAL  DECÚBITO VENTRAL  SENTADO  ELEVAÇÃO DE CABECEIRA (CABEÇA)

#### RECUSA

NOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
ASSINATURA: \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE

##### MÉDICO:

ENFERMEIRO(A): Enaely

CRM: \_\_\_\_\_ MAT.: \_\_\_\_\_

COREN: 255945 MAT.: \_\_\_\_\_

AUX./TÉCNICO DE ENFERM.: Isaura

COREN: \_\_\_\_\_ MAT.: \_\_\_\_\_

CONDUTOR: José

CNH: \_\_\_\_\_ MAT.: \_\_\_\_\_



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL ARAUJO DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02542-9

CONTA: 000000121861-1

---

Nr. Autenticação  
BRADESCO31032020050000000002370254200000012186194500 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:08:54  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810085389700000034385441>  
Número do documento: 20102810085389700000034385441

Num. 36006894 - Pág. 4



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Daniel Araújo de Lima,

RG nº 10.353.711, data de expedição 16/03/16, Órgão SDSI PE,

CPF nº 008.184.322-06, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar 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 Joaquim Ponteiques</u>
Número	<u>451/n</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>fd. Belota</u>
Cidade	<u>Princesa Isabel</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.755-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	<u>(87) 3846-1036</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Princesa Isabel/PB, 18 de Agosto de 2017.

Assinatura do Declarante: Daniel Araújo de Lima

SABEM SEGURO
22 SET 2017
RECEBIDO



ELLENILDA NEVES DE ARAUJO  
RUA JOAQUIM RODRIGUES, 591 - JD CAROLINA  
PRINCEPSA (SAE) / PB CEP: 59755-006 (Aéf. 165)

Classificação: RESIDENCIAL / BÁSICA FRENTE MONOFÁSICO 220, A=25 - Cidade: Recife - Jaboatão - Jaboatão - PE - CEP: 56071-040  
Referência: 9-185-80-5210 Referência Jun/2017  
Referência: 9-185-80-5210 Referência Jun/2017  
NP: medidor: 0000043384 Emissor: 12/05/2017  
Nro Fornec./Companhia de Energia Elétrica: 0000017327  
Código para Bônus Automático: 8001886970

**energisa**

ENERGISA PRINCIPAL DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Referência: 9-185-80-5210 Referência Jun/2017  
Referência: 9-185-80-5210 Referência Jun/2017  
NP: medidor: 0000043384 Emissor: 12/05/2017  
Nro Fornec./Companhia de Energia Elétrica: 0000017327  
Código para Bônus Automático: 8001886970

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a:

UC (Unidade Contumuladora): 6/1597697-2

Celular de contato:

Jun / 2017

- Tabela Social de Energia Elétrica - TSEE criada pela Lei  
Nº 10.438, de 20 de junho de 2002.

Apresentação:

13/06/2017

Data prevista da  
próxima leitura:

14/07/2017

CPF/ CNPJ/ RNE:

	Anterior	Atual	Constância	Consumo	Dias
Inst. Est.	4698272443				
Data	15/05/17	03/06/17			
Leratura	8335	6497			
			1	102	39

Fatura em atraso:

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo 01 a 320kWh-BR	39	0,14034	4,39
Consumo 31 a 100kWh-BR	70	0,29087	17,88
Consumo 101 a 220kWh-BR	2	0,39781	0,79
Adz. B Vencêncio			0,89
Subsídio			23,44
ICMS			19,47
IPB			0,70
PIB			0,24
CCFMS			1,79

Histórico de Consumo  
(kWh):

Mai/17	118
Abr/17	102
Mar/17	130
Fev/17	107
Jan/17	98
Dez/16	113
Nov/16	123
Out/16	140
Sep/16	121
Agosto/16	113
Jul/16	104
Jun/16	108

Demonstrativo  
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA

JUROS DE MORA 04/2017

MULTA 04/2017

Desconto Sistelco

BASE DE CALCULO	ALGUEMA	VALOR R\$
ICMS	00,41%	17,00
IPB	00,41%	18,47
PIB	00,41%	0,78
CCFMS	00,41%	3,24

VENCIMENTO:

21/06/2017

TOTAL A PAGAR

R\$ 59,02

Média dos últimos meses:

118

77ba.37f5.2182.3877.8cf6.9f78.5bb9.68c7.

Indicadores de Qualidade 1/2017 - Último mês:

Límites de ANEEL	Apurado	Último de Tensão (V)	
DCM MENSAL	1.65	0,00	
DE TRIMESTRAL	15,32	100,00	220
DCM ANUAL	30,86	0,00	
FC MENSAL	3,87	0,00	
FC TRIMESTRAL	7,24	COMPATADA	200
FC ANUAL	14,70	LIMITE INFERIOR	200
DRC	4,31	0,00	
DCAU	12,22	LIMITE SUPERIOR	220

Indicadores de Qualidade 1/2017 - Último mês:

Discriminado	Valor (R\$)	%
Service de Distribuição PB	9,31	16,93
Companhia Energia	10,00	18,27
Entregada Transmissão	7,83	1,07
Encargos Sociais	3,22	5,54
Impostos Direta e Encargos	34,46	59,38
Outros Bônus	0,00	0,00
Total	59,02	100,00

Valor da EU00 (Rel. 4/2017) R\$ 11,98



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:08:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810085389700000034385441>

Número do documento: 20102810085389700000034385441

Num. 36006894 - Pág. 6

**oi****FIXO**

TELEMAR NORTE LESTE S/A  
CNPJ: 23.000.116/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.0019146-4  
RUA DO BRAS, 485 - RECIFE - PE CEP: 50080-260  
MATRIZ CNPJ: 23.000.116/0001-79

PAG.: 1/6



527000017

021 - CTC RECIFE PE PLT1

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO  
PRA QUINZE DE NOVEMBRO, 124  
CENTRO  
56870-000 TRIUNFO-PE



72135128200055580000034611630050417

**Referência****MARCO /2017****Telefone****( 87) 3846-1036****Vencimento****15/04/2017****Total a pagar****R\$ 116,39****Resumo da sua fatura****oi fixo**

pacote de minutos fixo-fixo local  
pacote de minutos fixo-movel local  
pacote de minutos longa distancia com si  
servicos digitais  
outros pacotes e servicos mensais

**R\$ 86,65**

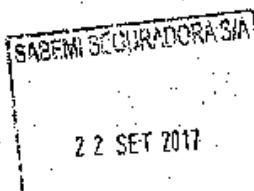
56,17

**EXCEDENTES, OUTROS SERVICOS E TAXAS****R\$ 29,74**

30,48

13,16

16,53

**RECEBIDO**

Desde 06 de Novembro de 2016 foi incluído o número 9 à frente dos celulares dos DDDs 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](http://oi.com.br/9digito).

TELEMAR NORTE LESTE S/A  
CNPJ: 23.000.116/0014-93 - INSC. ESTADUAL: 181.001.0019146-4  
RUA DO BRAS, 485 - RECIFE - PE CEP: 50080-260  
MATRIZ CNPJ: 23.000.116/0001-79

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO  
TELEFONE/CONTRATO: 38461036 CJ 0 SU 3  
CONTA 0000017 LOCAL 4052 DIV.

84620000001-2 16390024080-6 32049520384-8 61036031703-2



FATURA N.: 19001000017  
VENCIMENTO: 15/04/2017  
VALOR A PAGAR R\$ 116,39  
CODIGO PARA DEBITO AUTOMATICO: 091201460307



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:08:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810085389700000034385441>

Número do documento: 20102810085389700000034385441

Num. 36006894 - Pág. 7

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190723928      **Cidade:** Princesa Isabel      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DANIEL ARAUJO DE LIMA      **Data do acidente:** 21/07/2017      **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 19/03/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA EM FACE  
TRAUMA EM MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
		<b>Total</b>	<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>





## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular Susep<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados 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<sup>2</sup>.

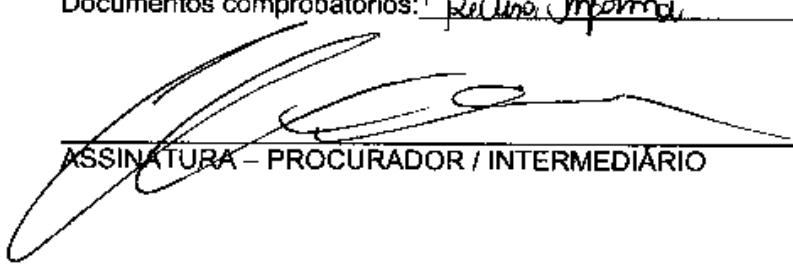
<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Helder Magalhães de Carvalho, portador(a) do RG nº 66202847, expedido por SCDF/PE, em 1/1, CPF/CNPJ nº 041.542.024/56, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Daniel Magalhães de Lima do sinistro de DPVAT da natureza Trabalho da vítima Daniel Magalhães de Lima, e conforme determinação da Circular Susep nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ Reúno informou

Documentos comprobatórios: Reúno informou

  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

SABEMI SEGURADORA S/A
22 SET 2017
RECEBIDO



## Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, José Buelson Soárez Evangelista

RG nº 3844520, data de expedição 06/04/2010  
Órgão SSP/RS, portador do CPF nº 034.593.714-09, com  
domicílio na cidade de Riunava Brasil, no Estado de  
RS, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Scaguim Valer, andar Da Síria meto nº 100,  
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 Daniel Araújo de Bima, cujo o condutor era  
Daniel Araújo de Bima

Veículo: Honda CG 150 FAN ESDI

Modelo: 2014

Ano: 2013

Placa: PGU - 2108

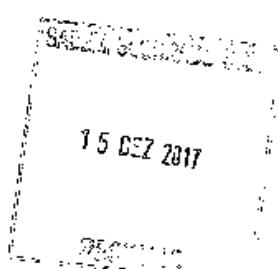
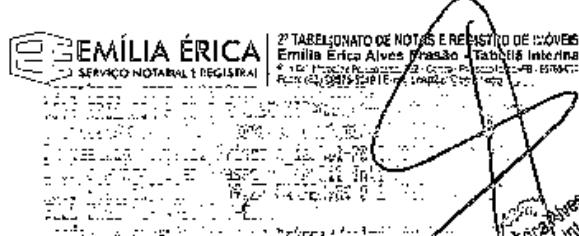
Chassi: 9C2KC1680ER404290

Data do Acidente: 21/07/2017

Local e Data: Pimenta Machado, 18 de Agosto de 2017.

José Buelson Soárez Evangelista  
Assinatura do Declarante

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







**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**HOSPITAL REGIONAL DE PRINCESA ISABEL**

# DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, a ficha original do (a) paciente **DANIEL ARAUJO DE LIMA**, portador (a) do RG de nº **10.353.711 SDS/PE**, encontra-se em nossos arquivos neste Hospital Regional de Princesa Isabel.

Ficha de Atendimento Ambulatorial referente ao mês de **JULHO/2017**.

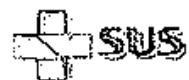
Princesa Isabel-PB, 26 de julho de 2017.

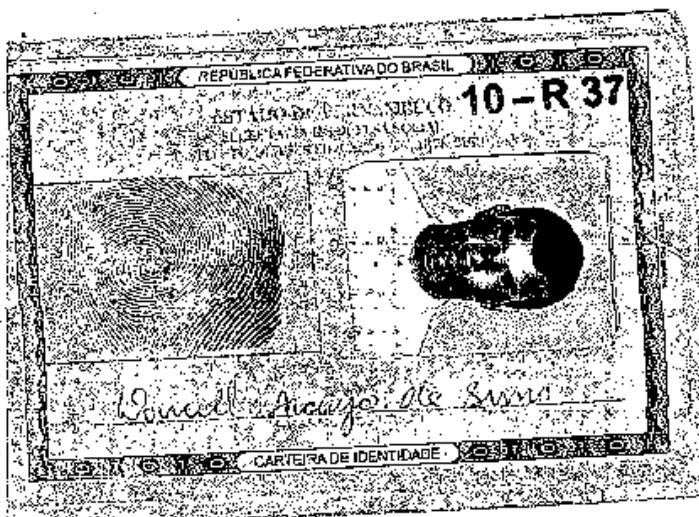
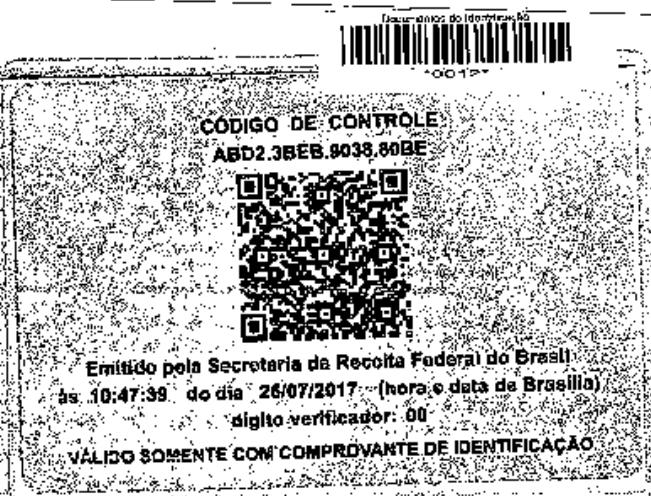
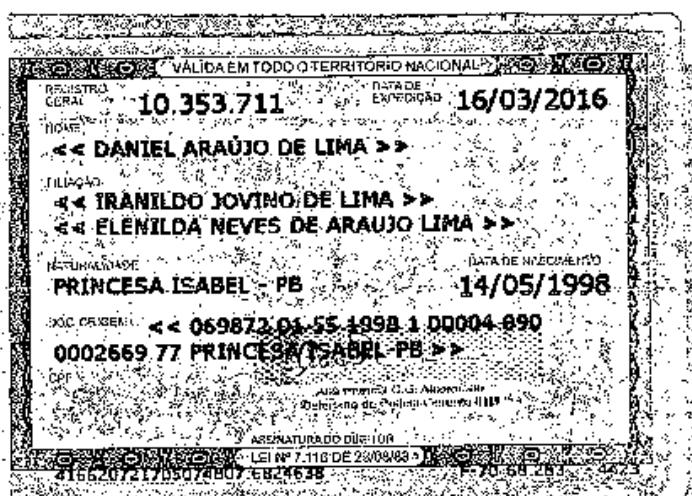


**EDISIO FRANCISCO DA SILVA**  
Diretor Geral  
Mat.184.461-0



*ALAMEDA DAS ACÁCIAS, N° 1444 –  
ALTO DO CASCAVEL -PRINCESA ISABEL - PB  
CEP 58.755-000- CNPJ – 08.778.268/0039-33  
FONE: (83) 3457-2585/3457-2988*







Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **708.184.224-08**

Nome: **DANIEL ARAUJO DE LIMA**

Data de Nascimento: **14/05/1998**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **12/03/2014**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:59:45** do dia **19/09/2017** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **5423.B4AD.C3B1.A9D1**



Este documento não substitui o ["Comprovante de Inscrição no CPF"](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

19/09/2017 11:00



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:08:54  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810085389700000034385441>  
Número do documento: 20102810085389700000034385441

Num. 36006894 - Pág. 14



Seguradora Lider - DPVAT

SEGURADO DPVAT -



**IDENTIFICAÇÃO**

VITIMA Flávia Araújo de Faria  
DATA DO ACIDENTE 21/10/2019 CPF DA VITIMA 703.154.224-018  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR Vítima  REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM  
A VITIMA E  
ENDERECO DO PORTADOR Flávia Araújo de Faria  
Nº 104 COMPLEMENTO Bairro Centro  
CIDADE Guarapari UF ES CEP 29.570-000  
E-MAIL flavia.adococia@gmail.com TELEFONE (51) 3846-1025

MARQUE  PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

**DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE**

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

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE**

- CARTERA 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBIG: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

**J DE DOCUMENTOS**

**INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS**



**DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS**

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTERA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORVIDAS 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 RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS**

- CARTERA 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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

- 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) = REembolsado ATÉ R\$ 2.700,00 (REembolso). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 50 DIAS CONTAUDOS 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, ACESSE [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 1800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NAME

ASSINATURA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:08:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810085389700000034385441>

Número do documento: 20102810085389700000034385441

Num. 36006894 - Pág. 15

## PROCURAÇÃO PARTICULAR



**OUTORGANTE: DANIEL ARAÚJO DE LIMA**, brasileiro, solteiro, estudante, portador da Cédula de Identidade nº 10.353.711 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 708.184.224-08, residente e domiciliado na Rua Joaquim Rodrigues, s/n, Jd Carlota, Princesa Isabel/PB, CEP: 58.755-000.

**OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: **DANIEL ARAÚJO DE LIMA**.

Princesa Isabel/PB, 18 de Agosto de 2017.

Daniel Araújo de Lima  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Cartório 2º Ofício  
de Notas e Registro  
Emilia Erica Alves Frazao  
Tabeliã Interna

SABENI SEGURADORA S/A

22 SET 2017

RECEBIDO



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE: DANIEL ARAÚJO DE LIMA**, brasileiro, solteiro, estudante, portador da Cédula de Identidade nº 10.353.711 SDS/PE, inscrito no CPF/MF sob o nº 708.184.224-08, residente e domiciliado na Rua Joaquim Rodrigues, s/n, Jd Carlota, Princesa Isabel/PB, CEP: 58.755-000.

**OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: DANIEL ARAÚJO DE LIMA.

Princesa Isabel/PB, 18 de Agosto de 2017.

Daniell Araujo de Lima  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Cartório 2º Ofício  
de Notas e Registro  
Emilia Érica Alves Frazão  
Tabelia Interna



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0472225/19

**Vítima:** DANIEL ARAUJO DE LIMA

**CPF:** 708.184.224-08

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 21/07/2017

**Titular do CPF:** DANIEL ARAUJO DE LIMA

**Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

#### HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### DANIEL ARAUJO DE LIMA : 708.184.224-08

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/12/2019  
Nome: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO  
CPF: 041.542.024-56

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:08:54  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810085389700000034385441>  
Número do documento: 20102810085389700000034385441

Num. 36006894 - Pág. 18

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190723928**      **Vítima: DANIEL ARAUJO DE LIMA**

**Data do Acidente: 21/07/2017**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), DANIEL ARAUJO DE LIMA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15317237

Pag. 01987/01988 - carta\_01 - INVALIDEZ



00010994



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:08:54  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810085389700000034385441>  
Número do documento: 20102810085389700000034385441

Num. 36006894 - Pág. 19



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190723928**

**Vítima: DANIEL ARAUJO DE LIMA**

**Data do Acidente: 21/07/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), DANIEL ARAUJO DE LIMA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00099/00100 - carta\_02 - INVALIDEZ



00060050

Carta nº 15331813



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:08:54  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810085389700000034385441>  
Número do documento: 20102810085389700000034385441

Num. 36006894 - Pág. 20



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190723928

Vítima: DANIEL ARAUJO DE LIMA

Data do Acidente: 21/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DANIEL ARAUJO DE LIMA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Comprovante de residência</b>	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
--------------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

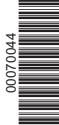
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00087/00088 - carta\_03 - INVALIDEZ



00070044

Carta nº 13376461



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:08:54  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810085389700000034385441>  
Número do documento: 20102810085389700000034385441

Num. 36006894 - Pág. 21

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190723928**      **Vítima: DANIEL ARAUJO DE LIMA**

**Data do Acidente: 21/07/2017**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), DANIEL ARAUJO DE LIMA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

**Recebedor: DANIEL ARAUJO DE LIMA**

**Valor: R\$ 945,00**

**Banco: 237**

**Agência: 000002542-9**

**Conta: 000000121861-1**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Aprovado pelo Departamento



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da Indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Daniel Araújo de LimaPORTADOR(A) DO RG Nº 10.363.711 EXPEDIDO POR S.D.S / P.E. EM 16/03/16 ECPF 30818432408 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO estudanteE RENDA MENSAL DE R\$ Receuso (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA Daniel Araújo de Lima, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário de Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regulatização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receitafazenda.gov.br](http://www.receitafazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

22 SET 2017

RECEBIDO

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

## PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2542 - 9 N° da CONTA (com dígito, se existir) 012.186.1 - 1

## PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Daniel Araújo de Lima

de 2017.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Data: 14/08/2017 Hora de Brasília: 13:07  
BANCO ESTRATÉGICO DE CONTAS CORRENTE S.A.

BRUNEL ALBANUS DE LIMA 13:07HRS  
AGÊNCIA 2542 CTA 0223861-1 14-AGD/2017

Ag. Brasileiro : 2542 - AF04.DA  
Linha21389  
Correio Banc. : 287 - GIGAS SUPERMERCADO  
HSB: 0273974138866 Autenticação: 055579

MOVIMENTA BRAVE500  
0896 727 9933

MSU Rodeo: 061364 Hora Rodeo: 13:02:38  
Terminal: 600002189





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
16º AISPC DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



C E R T I DÃO

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:

OCORRÊNCIA POLICIAL N° 555/2017, LIVRO nº 003/2017.

**DATA:** 09 de agosto do ano de Dois Mil e Dezessete

**HORA:** 16h30min

**CIDADE:** PRINCESA ISABEL - PB

SABEMI SEGURADORA S/A

22 SET 2017

**DELEGADO:** GUTEMBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL

**RECEBIDO**

**Noticiante:** DANIEL ARAÚJO DE LIMA

**Estado civil:** solteiro **RG:** 10.353.711 SDS/PE **CPF:** 706.164.224-02

**Sexo:** MASCULINO **Nascimento:** 14/05/1998 **Idade:** 19 ANOS

**Naturalidade:** Brasileira **Naturalidade:** Princesa Isabel/PB

**Profissão:** AGRICULTOR

**Filiação:** Iraniilda Jovino de Lima e de Elenilda Neves de Araújo Lima

**Endereço:** Rua Joaquin Rodrigues, s/n, Bairro Jardim Carlota, PRINCESA ISABEL/PB

NARRATIVA

QUE, no dia 21 de Julho de 2017, por volta das 14:30 horas, sofreu um acidente automobilístico nas imediações do centro desta cidade de Princesa Isabel, quando conduzia uma motocicleta no sentido a sua residência quando nas proximidades da prefeitura, quando um veículo ao abrir a porta do veículo, sem observar se vinha alguém atrás, foi quando colidi com a porta do veículo chegando a cair ao solo; Que fui socorrido pela unidade do SAMU, sendo atendido no hospital Regional de Princesa Isabel/PB; Que sofreu quebra de dentes na parte exterior na sua boca, e alguma escoriações pelo corpo; Que pilotava uma moto Honda/CG 150 FAN ESDI, de cor Vermelha, de fabricação 2013 modelo 2014, Placa PGU-2108/PE, CHASSI N° 9C2KC1680ER404290, Registrada em nome de José Erielson Sabino Evangelista.

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 faltige 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 06 (cinco) anos.

Notificante: Daniel Araújo de Lima

Pedro Quinca de Certificado que a presente cópia é a  
Agente de Policia reprodução fiel do original que me foi  
apresentado; dou fé. Rio de Janeiro, 06 de  
setembro de 2017. Substituta: EDIVANEIDE  
MENEZES DE SOUZA. Emol.Rs 3.72. CENBRA  
R\$ - 0,66, IPI, R\$ - 0,33, Total, R\$ - 3,33  
Selos: 0072841, Nro: 08201705.00162  
Fone/Fax (0XX33) 3457

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS  
REGISTRO GERAL DE NOTAS FISCAIS E DOCUMENTOS  
FISCAIS, MUNICIPAIS E TERRITORIAIS

ANTONIO DE ALMEIDA TORRES - DELEGADO DE POLÍCIA

RODRIGO DE SOUZA - AGENTE DE POLÍCIA

Endereço: Rua 25 de Março, 100 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20030-000

