



Número: **0860249-71.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/10/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FAGNER SILVA DOS SANTOS (AUTOR)	ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32078 884	06/07/2020 12:25	<u>Petição</u>	Petição
32078 885	06/07/2020 12:25	<u>2585023_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_03</u>	Outros Documentos
32078 886	06/07/2020 12:25	<u>2585023_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_Anexo_01</u>	Outros Documentos
32078 888	06/07/2020 12:25	<u>2585023_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_03</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/07/2020 12:25:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070612251505700000030746178>
Número do documento: 20070612251505700000030746178

Num. 32078884 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FAGNER SILVA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180300974**
Vitima: **FAGNER SILVA DOS SANTOS**
Data do Acidente: **15/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180300974**.

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 13061559



Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FAGNER SILVA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180300974**

Vitima: **FAGNER SILVA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **15/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180300974**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 02 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180300974 **Vítima: FAGNER SILVA DOS SANTOS**

Data do Acidente: 15/09/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FAGNER SILVA DOS SANTOS

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

Pag. 01393/01394 - carta_16 - INVALIDEZ



Carta nº 13775205



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/07/2020 12:25:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070612251526900000030746179>
Número do documento: 20070612251526900000030746179

Num. 32078885 - Pág. 3



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

011062234-03

Nome completo da vítima

Fagner Silva dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LÉGAL

Nome completo	Fagner Silva dos Santos	CPF titular da conta	011062234-03	Profissão	mechanico
Endereço	Rua Profeta da 05 casa da Beira D'água	Número		Complemento	
Bairro	Alhaudia	Cidade	Alhaudia	Estado	Paraíba
Email		CEP	58320000	Telefone (DD) 033	999642566

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	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)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
1033		19287	2
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
BANCO			
Nome _____ Nro. _____			
AGÊNCIA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Local e Data
Local e Data
Local e Data

Fagner Silva dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF 001 V001/2017





29 JUN. 2018
SINCGOR/PPB

CONFIRMO COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/07/2020 12:25:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070612251526900000030746179>
Número do documento: 20070612251526900000030746179

Num. 32078885 - Pág. 5

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00382.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 00382.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:28 horas do dia 28 de fevereiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Fagner Silva dos Santos**, CPF nº 011.062.234-03, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Mecânico, filho(a) de Wládia Silva dos Santos e Francisco Nunes dos Santos, natural de Patos/PB, nascido(a) em 27/03/1986 (31 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Regina Guedes Alcoforado, N° 5, bairro Centro, tendo como ponto de referência Mercadinho de Dinho, na cidade de Alhandra/PB, telefone(s) para contato (83) 99964-2566.

Dados do(s) Fatos:

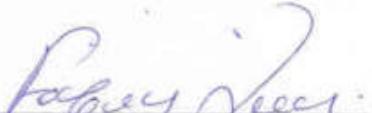
Local: Rua Rosemíro Ferreira, Perto do Espetinho do Junior, Alhandra/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/09/17 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTO HONDA/CG 150 FAN ESI, 2013/2013, PRETA, PLACA PGU3191/PE, CHASSI 9C2KC1670DR502506, registrada em nome de FRANCISCO DE ASSIS DE MOURA SILVA, quando ao passar por um cruzamento foi atingido por outra MOTO NÃO IDENTIFICADA; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 05.02.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 28 de fevereiro de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação




FAGNER SILVA DOS SANTOS

Noticiante

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

29 JUN. 2018

Procedimento Policial: 00382.01.2018.1.00.420



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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

Fagner Silveira dos Santos

CPF da Vítima

011062234-03

Data do Acidente

15-09-2017

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 à região do acidente ou da minha residência, ou

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

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza exames para aferição de prova do Seguro DPVAT, mas 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.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

São Paulo, 25 de março de 2018

Local e Data

Fagner Silveira dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fagner Silva dos Santos,
RG nº 3153353, data de expedição 02/09/03 Órgão SGP/PR

CPF nº 011062234-03, 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 Profetada</u>
Número	<u>05-casa-</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Parika Dagnia</u>
Cidade	<u>Alhandra.</u>
Estado	<u>Paraíba. PB</u>
CEP	<u>58320000</u>
Telefone de Contato	<u>999642560</u>
E-mail	

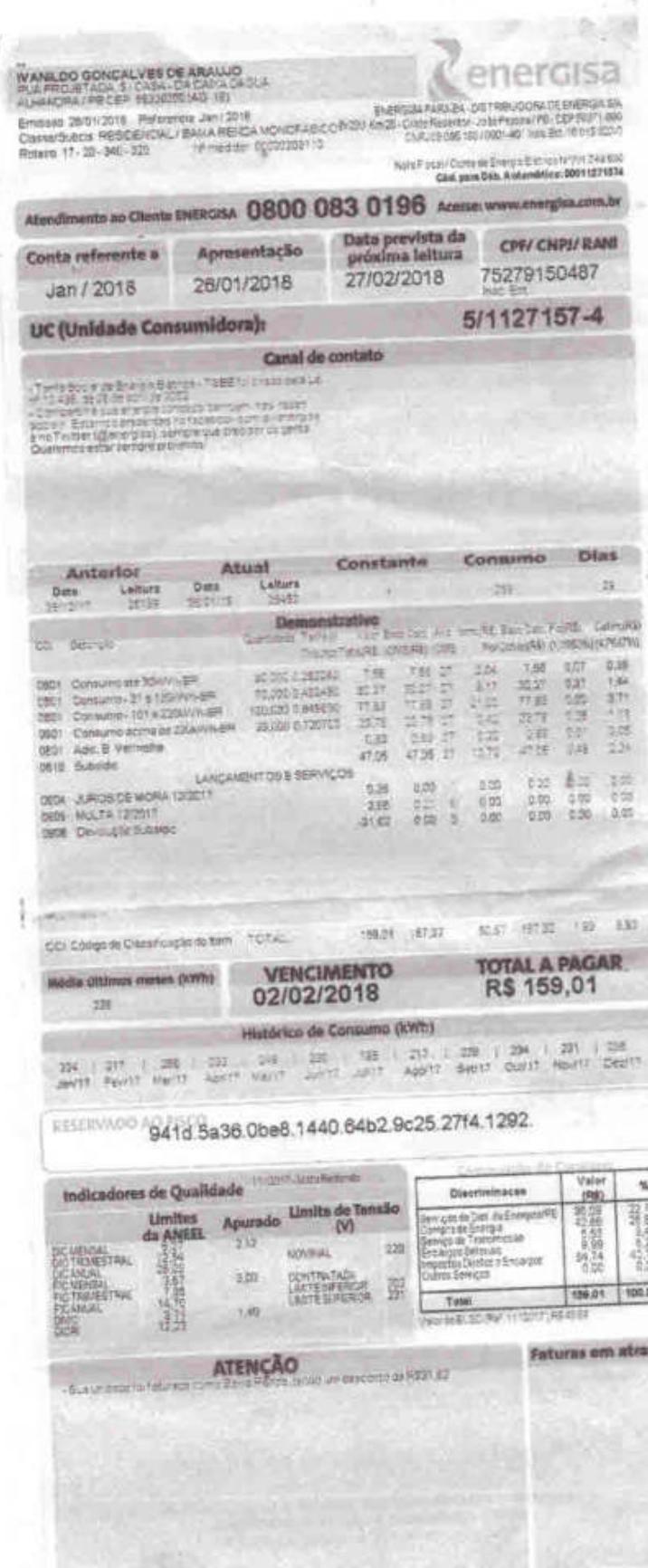
29 JUN. 2018
SINCOR/PR

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: goa Pernax, 25/03/18

Assinatura do Declarante: Fagner Silva dos Santos





CONFIRDO COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/07/2020 12:25:15
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2007061225152690000030746179>
Número do documento: 2007061225152690000030746179

Núm. 32078885 - Pág. 9



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FAGNER SILVA DOS SANTOS

DADOS DE NASCIMENTO 27/03/86

NOME DA MÃE WLADIA SILVA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.027.844

Nº PRONTUÁRIO 104.285

DATA DO ATENDIMENTO 15/09/17

HORA DO ATENDIMENTO 21:15

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA CLAVÍCULA E

CID 10 S 42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x moto), encaminhado da cidade de Alhandra-PB, apresentando relato de dor + limitação de movimento nem articulação do ombro E, estava em baixa velocidade e caiu apoiando ombro no chão e bateu com a cabeça. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio

RX do ombro E - AP e Oblíquo

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB
29 JUN. 2018

TRATAMENTO:

Fratura segmentar da clavícula E ao RX. Sem alteração à TC. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. José Rodriguez e Dr. Leopoldo Viana.

ALTA HOSPITALAR: 22/09/17

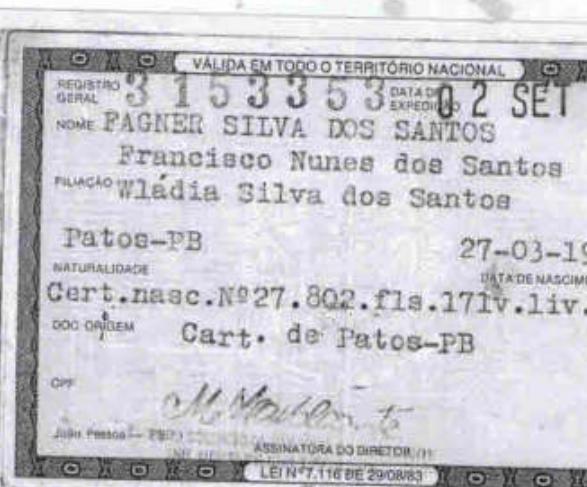
DATA DA EMISSÃO: 05/02/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CIBERMEETRAL
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





IN/COR/PB
29 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FAGNER SILVA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180300974**
Vitima: **FAGNER SILVA DOS SANTOS**
Data do Acidente: **15/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180300974**.

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



Rio de Janeiro, 06 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **FAGNER SILVA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180300974**

Vitima: **FAGNER SILVA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **15/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180300974**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 02 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180300974 **Vítima: FAGNER SILVA DOS SANTOS**

Data do Acidente: 15/09/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FAGNER SILVA DOS SANTOS

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

Pag. 01393/01394 - carta_16 - INVALIDEZ



Carta nº 13775205



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/07/2020 12:25:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070612251549000000030746180>
Número do documento: 20070612251549000000030746180

Num. 32078886 - Pág. 3



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

011062234-03

Nome completo da vítima

Fagner Silva dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LÉGAL

Nome completo	BENEFICIÁRIO	CPF titular da conta	Profissão
Fagner Silva dos Santos	011062234-03	mechanico	
Endereço	Residência Propriedade 05 casa da Ribeira D'água	Número	Complemento
Bairro	Alhauria	Cidade	Estado
Email			CEP
			58320000
			999642566

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (341)			
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
1033		19287	2
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
BANCO Nome _____ Nro. _____			
AGÊNCIA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

Local e Data
Local e Data
Local e Data

Fagner Silva dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001.V001/2017





29 JUN. 2018
SINCGOR/PPB

CONFIRMO COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/07/2020 12:25:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070612251549000000030746180>
Número do documento: 20070612251549000000030746180

Num. 32078886 - Pág. 5

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00382.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 00382.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:28 horas do dia 28 de fevereiro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Fagner Silva dos Santos**, CPF nº 011.062.234-03, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Mecânico, filho(a) de Wládia Silva dos Santos e Francisco Nunes dos Santos, natural de Patos/PB, nascido(a) em 27/03/1986 (31 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Regina Guedes Alcoforado, N° 5, bairro Centro, tendo como ponto de referência Mercadinho de Dinho, na cidade de Alhandra/PB, telefone(s) para contato (83) 99964-2566.

Dados do(s) Fatos:

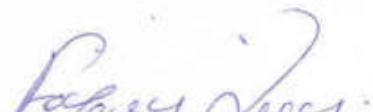
Local: Rua Rosemíro Ferreira, Perto do Espetinho do Junior, Alhandra/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/09/17 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

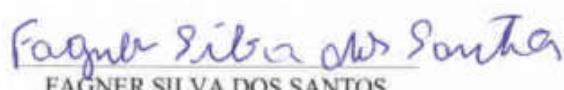
Que conduzia a MOTO HONDA/CG 150 FAN ESI, 2013/2013, PRETA, PLACA PGU3191/PE, CHASSI 9C2KC1670DR502506, registrada em nome de FRANCISCO DE ASSIS DE MOURA SILVA, quando ao passar por um cruzamento foi atingido por outra MOTO NÃO IDENTIFICADA; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 05.02.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 28 de fevereiro de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação


FAGNER SILVA DOS SANTOS

Noticiante

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB

29 JUN. 2018

Procedimento Policial: 00382.01.2018.1.00.420



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

Fagner Silveira dos Santos

CPF da Vítima

011062234-03

Data do Acidente

15-09-2017

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 atende à região do acidente ou da minha residência, ou

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

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza exames para aferição de prova do Seguro DPVAT, mas 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.

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Fagner Silveira dos Santos
Local e Data

Fagner Silveira dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fagner Silva dos Santos,
RG nº 3153353, data de expedição 02/09/03 Órgão SGP/PR

CPF nº 011062234-03, 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 Profetada</u>
Número	<u>05-casa-</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Parika Dagnia</u>
Cidade	<u>Alhandra.</u>
Estado	<u>Paraíba. PB</u>
CEP	<u>58320000</u>
Telefone de Contato	<u>999642560</u>
E-mail	

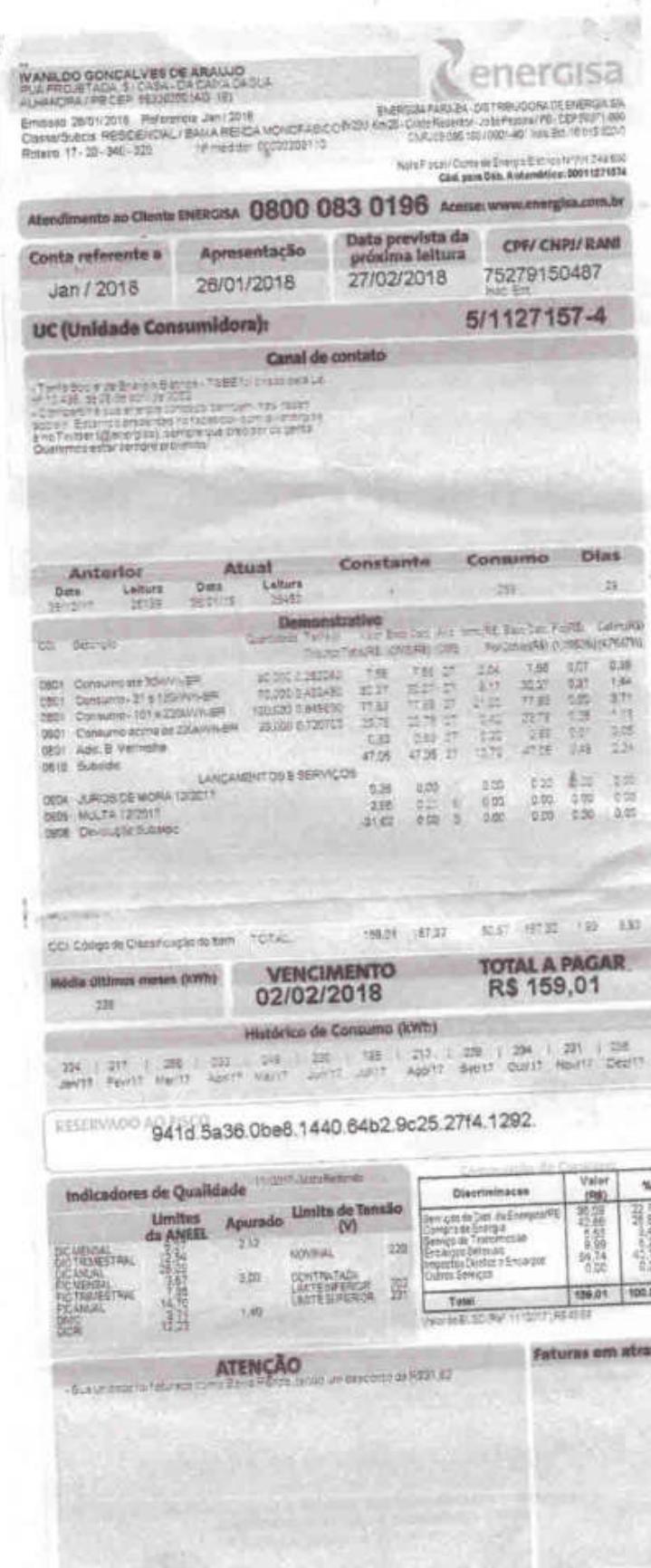
29 JUN. 2018
SINCOR/PR

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 25/03/18

Assinatura do Declarante: Fagner Silva dos Santos





CONFIRDO COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/07/2020 12:25:15
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pjje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070612251549000000030746180>
Número do documento: 20070612251549000000030746180

Núm. 32078886 - Pág. 9



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FAGNER SILVA DOS SANTOS

DADOS DE NASCIMENTO 27/03/86

NOME DA MÃE WLADIA SILVA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.027.844

Nº PRONTUÁRIO 104.285

DATA DO ATENDIMENTO 15/09/17

HORA DO ATENDIMENTO 21:15

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA CLAVÍCULA E

CID 10 S 42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x moto), encaminhado da cidade de Alhandra-PB, apresentando relato de dor + limitação de movimento nem articulação do ombro E, estava em baixa velocidade e caiu apoiando ombro no chão e bateu com a cabeça. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do crânio

RX do ombro E - AP e Oblíquo

CONFERIDO COM O ORIGINAL

SINCOR/PB
29 JUN. 2018

TRATAMENTO:

Fratura segmentar da clavícula E ao RX. Sem alteração à TC. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. José Rodriguez e Dr. Leopoldo Viana.

ALTA HOSPITALAR: 22/09/17

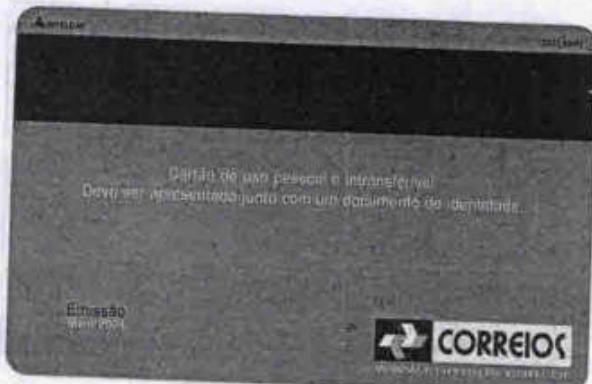
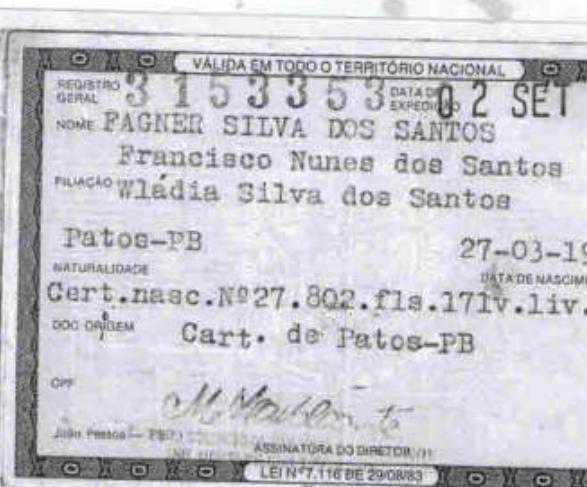
DATA DA EMISSÃO: 05/02/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO CIBERMEETRAL
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





IN/COR/PB
29 JUN. 2018

CONFERIDO COM O ORIGINAL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/07/2020 12:25:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070612251549000000030746180>
Número do documento: 20070612251549000000030746180

Num. 3207886 - Pág. 11



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08602497120188152001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FAGNER SILVA DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Inicialmente, cumpre ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

Logo, resta claro que **não há incapacidade permanente**.

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique, correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações.

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em [Clique aqui para digitar texto.](#)
clique aqui para digitar texto.

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que
não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer
medida terapêutica.

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,
JOAO PESSOA, 25 de julho de 2019.

**SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/07/2020 12:25:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20070612251565900000030746182>
Número do documento: 20070612251565900000030746182

Num. 32078888 - Pág. 1