



Número: **0800053-24.2019.8.20.5118**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Jucurutu**

Última distribuição : **23/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.490,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ABRAAO SUTERO DA SILVA FILHO (AUTOR)	JULIO CESAR MEDEIROS (ADVOGADO) LEONARDO GOMES DE SOUZA JUNIOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38317 172	23/01/2019 15:27	<a href="#"><u>02-Proc. e docs. pessoais</u></a>	Procuração
38317 187	23/01/2019 15:27	<a href="#"><u>03-Dокументos</u></a>	Documento de Identificação
38317 195	23/01/2019 15:27	<a href="#"><u>04-Comp. de pagamento</u></a>	Documento de Comprovação
38946 970	12/02/2019 12:45	<a href="#"><u>Decisão</u></a>	Decisão



**PROCURAÇÃO PARTICULAR**

**OUTORGANTE:**

**ABRAÃO SUTERO DA SILVA FILHO**, brasileiro, solteiro, mototaxista, RG nº 002.735.053 SSP/RN e CPF nº 103.926.694-04, residente e domiciliado na Rua Manoel Dutra de Souza, nº 6, Centro, Jucurutu/RN, CEP: 59.330-000, tel.: 9 9873-3573.

**OUTORGADO:**

**JÚLIO CÉSAR MEDEIROS**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB /RN sob o nº 8269/B e **LEONARDO GOMES DE SOUZA JÚNIOR**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RN sob o nº 9598, ambos com escritório profissional na Praça Janúncio Afonso de Medeiros, nº 25-A, Centro, Jucurutu/RN.

**PODERES:**

Os constantes da Cláusula “ad judicia et extra”, outorgando amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, para perante qualquer juízo, instância ou tribunal, defender o outorgante e/ou seus direitos, solicitar benefícios de justiça Gratuita, em fim, praticar todo ato para o fiel e cabal cumprimento do presente mandato, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, inclusive substabelecer.

O Outorgante declara não ter condições de arcar com custas, despesas processuais e honorários advocatícios, razão pela qual pretende que lhes sejam assegurados os benefícios da Gratuidade da Justiça assegurados pelo Art. 98 do Código de Processo Civil.

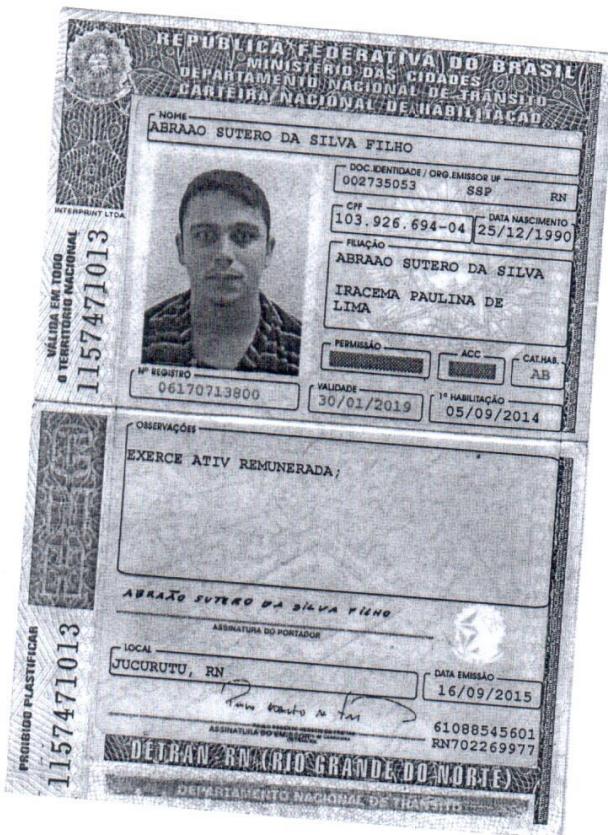
Jucurutu/RN, 15 de outubro de 2018.

ABRAÃO SUTERO DA SILVA FILHO

**ABRAÃO SUTERO DA SILVA FILHO**

Praça Janúncio Afonso de Medeiros, nº 25-A, Centro - Jucurutu/RN

Cel.: (84) 99913-9210 / 99969-5313 / 99951-2201 | email: medeiros\_souzaadv@yahoo.com





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL - SESED  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL - DEGEPOL  
DIRETORA DE POLICIAMENTO DO INTERIOR – DPCIN  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE JUCURUTU

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 97/2018

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de transito

LOCAL: Em frente ao posto de sâo joão-Mun.de jucurutu-rn-RN-118

DATA E HORÁRIO DO FATO: 16/04/2018 as 23:00hs

COMUNICANTE: Abraão sutero da silva filho

ENDEREÇO: Rua: Manoel dutra de souza n 68-Centro-Jucurutu-rn.

FILIAÇÃO: Abraão Sutero da Silva e Iracema Paulina de Lima

DATA DE NASC.: 25/12/1990

NATURALIDADE: Jucurutu-rn

PROFISSÃO: Serv.de pedreiro

TELEFONE: (84)

RG: 002.735.053-SSP-RN

CPF:103.926.694-04

VÍTIMA:O Comunicante

ENDEREÇO:rua;

FILIAÇÃO:

DATA DE NASC.:

NATURALIDADE:

PROFISSÃO:

TELEFONE: (84) 9

RG: - SSP/RN

CPF:

ACUSADO:

ENDEREÇO:rua:

TESTEMUNHA 1:francisco das chagas da silva

ENDEREÇO: rua;Santa expedita n 24-Novo horizonte-jucurutu-rn  
RG:1.566.845-SSP-RN

TESTEMUNHA 2:João paulo campelo Gonzaga

ENDEREÇO: rua:vicente Dutra de Souza n385-Centro-jucurutu-rn  
RG:3.442.332-SSP-RN

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA: O Comunicante compareceu a esta delegacia para informar que o mesmo conduzia uma moto,que foi desviar de um buraco na pista e caiu em outro,perdendo assim o controle da moto ,vindo o mesmo a cair na pista,que o comunicante foi socorrido para o hospital da cidade,que o comunicante teve varias escoriações pelo corpo,corte nos tomozelos,quebrou o dedo Médio da mão direita,onde foi feito uma cirurgia em caico-rn,A moto Honda /CG 125 Titan Ks,ano 2000,cor vermelha,placa MYZ-3166-RN,Chassi 9C2JC3010YR083418 . *Nada mais disse.*

Todas as informações constantes neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do comunicante, sob pena de incorrer no crime previsto no Artigo 299 do Código Penal.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: Lavrado o B.O, comunicado o fato a autoridade policial e entregue uma via à comunicante.

Jucurutu/RN,26 de Abril de 2018 .

ABRAAO SUTERO DA SILVA FILHO  
ASSINATURA COMUNICANTE

Aylton Araújo Pereira  
APC - Aylton Araújo Pereira  
Mat. 97.962-7

<b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b> MINISTÉRIO DAS CIDADES		DETAN - RN 10588 // 00194 N° 013251867422 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO	
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.C.	EXERCÍCIO
1	00737196157	*****	2017
NOME: ABRAAO SUTERO DA SILVA FILHO			
CPF / CNPJ	PLACA		
103.926.694-04	MY23166		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
MY23166/RN	9C2JC3010YR083418		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
VEHICULOS / MOTOCICLETA / MAG. APLICAVS	GASOLINA		
MARCA / MODELO			
HONDA/CG 125 TITAN KB	ANO FAB.	ANO MOD.	
CAP / POT / CIL	2000	2010	
CATEGORIA			
PIV/124 CILINDRADAS	PARTICULAR		
COTA ÚNICA	VENC. COTA UNICA		
I R\$ 0,00	18/05/2017	1º	INENTO
V FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º	INENTO
A 012805.3X	R\$ *****	3º	INENTO
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO ***			
OBSERVAÇÕES			
MOTOR: FRC010003418			
LOCAL: JUCURUTU/RN			
DATA: 18/05/2017			
Coordenadas: 05° 45' 00" S 35° 45' 00" W			
SPEDIDOR:			

SEGURADORALIDER.COM.BR SAC DPVAT 0800 022 1204			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
RN N° 013251867422 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO		
2017	18/05/2017		
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	103.926.694-04	MY23166	
RENAVAM	MARCA / MODELO		
00737196157	HONDA/CG 125 TITAN KB		
ANO FAB.	DAT TABS	Nº CHASSI	
2000	9	9C2JC3010YR083418	
FNS (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)		
PRÉMIO TARIFÁRIO		CUSTO DO BILHETE (R\$)	
DENATRAN (R\$)		IOF (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
COTA ÚNICA		PARCELADO	

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.608/0001-04



## 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 <i>ABRAÃO SUTERO DA SILVA FILHO</i>	CPF da Vítima <i>113.926.694-04</i>	Data do Acidente <i>16/04/2018</i>
--	--	---------------------------------------

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <i></i>	CPF do Representante legal <i></i>
Email <i></i>	Telefone (DDD) <i></i>

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.

*PUCURUANA, 21 de AGOSTO de 2018*  
Local e Data

*ABRAÃO SUTERO DA SILVA FILHO*



## 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 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 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

ABRAÃO SUTERO DA SILVA FILHO 103.926.694-04

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	ABRAÃO SUTERO DA SILVA FILHO	CPF titular da conta	103.926.694-04	Profissão	MOTORISTA
Endereço	RUA Manoel Dutra da Souza	Número	68	Complemento	
Bairro	CENTRO	Cidade	FEIJÓ	Estado	SP
Email	leonsoujunior@hot.com.br	CEP	59.330-000	Telefone (DDD)	(184) 99969-4356

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

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Banco do Brasil	
AGÊNCIA N.R.O.	D/V	AGÊNCIA N.R.O.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
CONTA N.R.O.	D/V	CONTA N.R.O.	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 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.

JUINHO/PR, 21 de AGOSTO de 2018  
Local e Data

ABRAÃO SUTERO DA SILVA FILHO



Screenshot of a web browser showing the Seguradora Lider-DPVAT website for a legal proceeding. The page displays information about a payment made on January 10, 2018.

The URL in the address bar is <https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Inden...>

**LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS**  
**BENEFICIÁRIO:** ABRAAO SUTERO DA SILVA FILHO  
**CPF/CNPJ:** 10392669404

**Posição em 23-01-2019 16:11:06**  
Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
11/10/2018	R\$ 1.012,50	R\$ 0,00	R\$ 1.012,50

**Histórico das correspondências enviadas**

Data da Carta	Referência	Ver Carta
27/09/2018	Interrupção de Prazo	
20/09/2018	Aviso de Sinistro	



PT 16:11  
23/01/2019



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**Vara Única da Comarca de Jucurutu**  
**Rua Vicente Dutra de Souza, 139, Centro, JUCURUTU - RN - CEP: 59330-000**

---

Processo: 0800053-24.2019.8.20.5118

AUTOR: ABRAAO SUTERO DA SILVA FILHO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

**DECISÃO**

Defiro **momentaneamente** o requerimento de assistência judiciária gratuita, ante a afirmação da parte requerente ser necessitada de assistência judiciária e de achar-se em condição de pobreza jurídica, sob as penas da lei e de pagamento do décuplo das custas judiciais, na forma do disposto no art. 5º, LXXIV, da CF, art. 98 do CPC/2015 e dos arts. 2º, § único, e 4º, § único, da Lei de Assistência Judiciária Gratuita (Lei nº 1.060/50)

Considerando ser improvável a realização de conciliação neste caso, deixo de aprazar audiência de conciliação e, por ser premente a necessidade de realização de perícia médica judicial à análise do *meritum causae*, defiro, desde já, a produção da prova<sup>1</sup>. Com a defesa, intime-se a parte autora, por seu advogado, para apresentar réplica à contestação, no prazo de 15 (quinze) dias, devendo, ainda, apresentar sua quesitação pericial e nomear o respectivo assistente técnico, se assim desejar.

Ultrapassadas tais etapas, em atenção à celeridade processual, procedo à nomeação do médico **Dr. Henderson Sérgio de Araújo, Médico Ortopedista, CRM/RN nº. 6293, com endereço na Rua Maria Adília da Nobrega, 525, Penedo, Caicó/RN**, cuja aceitação do encargo deu-se mediante contato telefônico com a secretaria judiciária desta vara.

Ato contínuo, determino o aprazamento da perícia médica pela Secretaria Judiciária, devendo as partes serem intimadas com **no mínimo 20 (vinte) dias de antecedência**, salientando-se que a eventual ausência da parte autora deve ser comprovadamente justificada, sob pena do prosseguimento do feito **sem a produção da prova**.

Nesse aspecto, determino que a intimação da parte autora dar-se-á pessoalmente, por carta ou mandado, dirigido ao **endereço constante em seu comprovante de residência**, e por intermédio de seu advogado constituído.

Após a realização da perícia judicial, o laudo médico deverá ser apresentado pelo perito no prazo de **20 (vinte) dias**.

Apresentado o laudo, conforme Convênio celebrado entre o Tribunal de Justiça deste estado e a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, em que houve a fixação dos honorários periciais no valor de **R\$200,00**(duzentos reais), intime-se a seguradora-ré para que, no prazo de 10 (dez) dias, providencie o pagamento dos honorários referentes à pauta **integraldo** dia aprazado, devendo a Secretaria Judiciária elaborar uma lista descritiva tanto daquelas efetivamente realizadas, como também dos ausentes.

Frise-se que o depósito judicial abrangerá o **valor total**das perícias feitas, sendo necessário apenas uma guia de pagamento para tanto, em atenção à economia e celeridade processual.

**Feito o pagamento, deve a Secretaria Judiciária juntar a cada processo cópia da lista referida e do respectivo comprovante de depósito, expedindo alvará judicial para levantamento pelo perito em seguida.**

Nessa mesma oportunidade, intimem-se as partes para, no prazo comum de 10 (dez) dias, manifestarem-se, requerendo o que entenderem de direito. Havendo impugnação à prova, intime-se o perito judicial para que, também no prazo de 10 (dez) dias, apresente os esclarecimentos que julgar pertinentes.

Com a manifestação do profissional, intimem-se as partes para que, no prazo comum de 10 (dez) dias, tomem ciência da resposta.

Cumpridas as diligências ora determinadas em sua **integralidade**, voltem-me conclusos para sentença.

Publique-se. Intime-se. Cumpra-se.

Jucurutu/RN, data do sistema.

*(documento assinado digitalmente na forma da Lei nº11.419/06)*

Mark Clark Santiago Andrade

**Juiz de Direito**

<sup>1</sup>Exetuando-se os casos em que a indenização requerida baseia-se no evento morte, posto que, para a realização da perícia sobre os documentos do falecido, deverão as partes fundamentar sua necessidade.