



Número: **0800023-57.2019.8.15.0161**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Cuité**

Última distribuição : **07/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.505,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA JOSE ROCHA DA SILVA (AUTOR)		JAILSON GOMES DE ANDRADE FILHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43527495	24/05/2021 11:40	Petição	Petição
43527803	24/05/2021 11:40	2638152_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
43527807	24/05/2021 11:40	2638152_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2017

Carta nº: 10773139

A/C: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170183245 ASL-0126730/17
Vitima: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA
Data Acidente: 19/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01929/01930 - carta_01



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2017

Carta nº: 10774062

A/C: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170183245 ASL-0126730/17
Vítima: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA
Data Acidente: 19/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **28/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **19/06/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00355/00356 - carta_03



Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2017

Carta nº 11742901

a/c: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

Sinistro: 3170183245 ASL-0126730/17
Vitima: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA
Data Acidente: 19/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00885/00886 - carta_16

00020443



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARIA JOSE ROCHA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170614606**

Vítima: **MARIA JOSE ROCHA DA SILVA**

Data do Acidente: **19/06/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DEODORO BERNADINO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170614606**.

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 11995127

Pag. 01963/01964 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARIA JOSE ROCHA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170614606**
Vítima: **MARIA JOSE ROCHA DA SILVA**
Data do Acidente: **19/06/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **DEODORO BERNADINO DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170614606**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01081/01082 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 11995295



Rio de Janeiro, 08 de Março de 2018

Aos Cuidados de: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

Sinistro: 3170614606
Vítima: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA
Data do Acidente: 19/06/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DEODORO BERNADINO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3170614606** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Pag. 00503/00504 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12487175



Rio de Janeiro, 27 de Março de 2018

Carta nº: 12573485

A/C: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

Nº Sinistro: 3170614606
Vitima: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA
Data do Acidente: 19/06/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DEODORO BERNADINO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

Valor: R\$ 945,00

Banco: 237

Agência: 000005776-2

Conta: 000006444-0

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 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
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01525/01526 - carta_15R - INVALIDEZ

00020763



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, MARIA JOSE ROCHA DA SILVA
PORTADOR(A) DO RG Nº 3216741-2ª VIA EXPEDIDO POR SSDS/PIB EM 02/02/2017 A
CPF 061387534-59 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO PELANTE
E RENDA MENSAL DE R\$ 300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA A PRÓPRIA, 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.

DOCUMENTO 1 *T1%*



 Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o 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 Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

☒ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

BANCO 237 AGÊNCIA 576-2 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 864460-8

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

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

LOCAL NOVA FLORESTA

DATA 29/03/2017

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) Maria Jose Rocha da Silva

 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





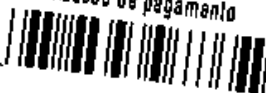
SEU000001 LINE8 DRAFT 6 & 28-03-2017 16:17 040665 1/1





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CI...

Autorização de pagamento



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

061.387.524-59

MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
MARIA JOSE ROCHA DA SILVA	061.387.524-59	RECLUSO
Endereço	Número	Complemento
RUA GOV. PEDRO LONDIM	390	CASA
Bairro	Cidade	Estado
CENTRO	NOVA FLORESTA	PARAIBA
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58179000	83 991778336

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)			
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
		AGÊNCIA NRO.	DIV
		(Informar dígito se existir)	
		CONTA NRO.	DIV
		(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.

NOVA FLORESTA PA, 16 de OUTUBRO de 2017

Local e Data

Maria José Rocha da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPFF.001 V001/2017



Data: 17/10/2017 Hora de Brasília: 15:24

Deposito em Conta Corrente

Favorecido
Banco : 237
Agencia: 05776 - CUITE
Conta : 0000000006444-0
Nome : MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

Depositante : O PROPRIO

FAVORECIDO

Valor em dinheiro :

Valor em cheque :

Valor total :



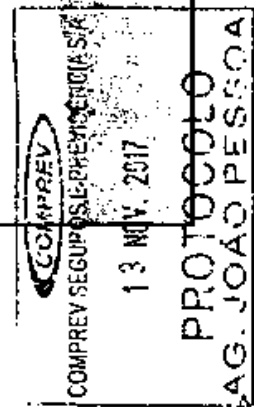
Av. Bradesco : 5776 - CUITE
Corresp. Banc. : 071 - CASA DE CARNES
NOVA FLORESTA
NSU: 028277275231 Autenticacao: 595273

O EVANUALDO PEDRO DA SILVA ME atua
como Correspondente Bancario do Banco
Bradesco S/A.

Conserve este Recibo

OUVIDORIA BRADESCO

0800 121 9933



26/10/2017 10:48



Data: 17/10/2017 Illeg de Brasília: 15:24

Deposito em Conta Corrente

Parabéns!
Banco: 271
Conta: 00000000000000000000
Nome: MARIA JOSÉ RODRIGUES DA SILVA

Valor em dinheiro: 0,00
Valor em cheque: 0,00

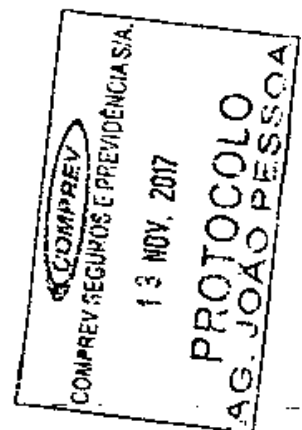
Valor em cheque: 0,00

Autenticação: 15721 - 00000000000000000000
Código de Verificação: 00000000000000000000
Data: 17/10/2017

O Sr. MARIA JOSÉ RODRIGUES DA SILVA
como Correspondente Bancário do Banco
Brasília, S.A.

Comprovante de Depósito

BRASILIA, 17/10/2017



20



OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 66/2016

Aos 23 de agosto de 2016, nesta cidade de CUITÉ-PB, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, quando encontrava-se presente o Bel(a) ELIAS J. RODRIGUES SILVA, Delegado de Polícia Civil, comigo ANTONIO DA SILVA BEZERRA, ao final assinado, ai, por volta das 17:58 horas, compareceu JOSE LUIZ DA SILVA, conhecido(a) por SEVERINO, nacionalidade BRASILEIRA, estado civil SOLTEIRO, profissão AGRICULTOR, grau de instrução ANALFABETO, com 63 anos de idade, nascido(a) aos 31.05.1953 em NOVA FLORESTA - PB, filho(a) de MARIA JOANA DA CONCEIÇÃO e PAI NÃO DECLARADO, portador(a) de Cédula de Identidade Nº 1510484, expedido pela SSP-PB e C.P.F. de Nº 770.603.004-06, residindo no seguinte endereço RUA SÃO SEVERINO, 22, cidade de NOVA FLORESTA - PB, telefone: () -, celular: (83) 999009466, a(o) qual, ciente das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, Declarou que:

NA DATA DE 19.06.2016, POR VOLTA DAS 16: HORAS, NAS PROXIMIDADES DO SÍTIO GAMELA, NA BR 104, HOVE UMA COLISÃO ENVOLVENDO UMA MOTOCICLETA HONDA/CG 125, FAN KS, COR PRETA, ANO/MODELO 2011, PLACA NNS - 2991/RN, CHASSI: 9C2JC4110BR434267, LICENCIADO EM NOME DE JOSE RAIMUNDO DE MOURA, SENDO O OUTRO VEICULO CAMIONETE FIAT/STRADA TREK FLEX, ANO 2006/2007, COR PRETA, CHASSI: 9BD27802A72529335, PLACA: MUZ-8146/PB, LICENCIADO EM NOME DE JOSILENE CARDOSO PEREIRA, TENDO COMO VITIMA MARIA JOSE ROCHA DA SILVA, COM 30 ANOS, NASCIDA EM 06.02.1986, NATURAL DE NOVA FLORESTA PB, FILHA DE JOSE LUIZ DA SILVA E DE MARIA LUCIA ROCHA, RG: 3216174 - SSP/PB, CPF: 061.387.574-59, RESIDENTE NA RUA S. SEVERINO, 22, CENTRO, NOVA FLORESTA-PB, ELA VINHA NA GARUPA DA CITADA MOTOCICLETA, E FOI ATINGIDA PELA CAMIONETE CITADA, SENDO SOCORRIDA PELA SAMU, ONDE FICOU INTERNADA NO HOSPITAL DO TRAUMA NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE-PB, FOI SUBMETIDA HÁ TRES CIRURGIAS.

TESTEMUNHAS:

RODOLFO FIUZA SOUZA NUNES, COM 21 ANOS, RG: 3.960.925 -SSP/PB, CPF: 110.855.884-40, RESIDENTE NA RUA PEDRO FLORA DE OLIVEIRA, 107, NOVA FLORESTA-PB.

ARIELE ROCHA DOS SANTOS, COM 19 ANOS, RG: 003.687.768 -SSP/RN, CPF: 712.515.744-06, RESIDENTE NA RUA SÃO SEVERINO, 26, NOVA FLORESTA-PB.

Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, vai por mim e pelo(a) noticiante assinada.

Cuité/PB, 23 de agosto de 2016.

AUTENTICAÇÃO
Esta Fotocópia está conforme
o Original. DOU PB
Nova Floresta - PB
ADW36332 - OTFO
Consulta a autenticidade em: <https://seledigital.tjpb.jus.br>

JOSE LUIZ DA SILVA
NOTICIANTE

ANTONIO DA SILVA BEZERRA
COMISSARIO(O) DE POLÍCIA

SEMPRE LÍDER SPART 6 e 20-08-2017 16:17 040559 1/1



**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 71/2017**

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os registros de ocorrências policiais deste órgão, encontramos a ocorrência de Nº **66/2016**, registrada em 23.08.2016, sendo o noticiante o Sr JOSE LUIZ DA SILVA, (como consta xerox em anexo) que sendo procurado por **DEODORO BERNADINO DA SILVA**, onde vamos a transcrever na íntegra: Aos 15/05/2017, nesta cidade de , Estado da Paraíba e na **Delegacia de Polícia Civil de Nova Floresta-PB**, quando encontrava-se presente o Bel(a). **Elias J. Rodrigues Silva**, Delegado de Polícia Civil, comigo **Antonio da Silva Bezerra**, Comissário de Polícia Civil, ao final assinado, ai, por volta das **09:45** horas, compareceu , **DEODORO BERNADINO DA SILVA**, nacionalidade **BRASILEIRO**, **UNIÃO ESTAVEL, AGRICULTOR, SABENDO ASSINAR O NOME**, nascido aos **03.05.1973**, filho(a) de **JOSE BERNARDINO FILHO E DE RITA SUZANA DA CONCEIÇÃO**, natural de **CORONEL EZEQUIEL/RN**, portador de Cédula de Identidade Nº **1.843.360**, expedido pela **SSP/RN**, com C.P.F. de Nº **028.682.004-86**, residindo na rua **OLHO D'AGUA, Nº 21, BAIRRO DO TOA** , na cidade de **NOVA FLORESTA - PB**, telefone: **0 XXXXXXXX**, celular: **(83) 99811-1399**, a(o) qual, *ciente das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro*, Declarou que:

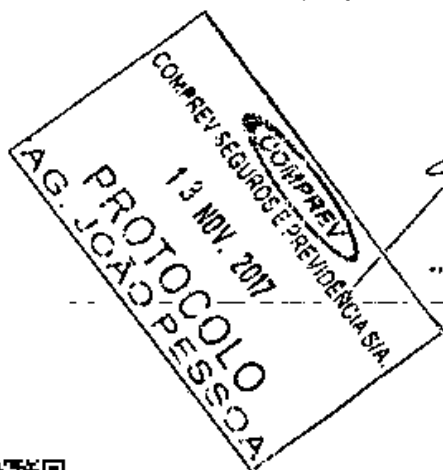
QUE, na data de 19.06.2016, o noticiante vinha no assalto BR 104, pilotando uma motocicleta Honda/cg 125, Fan Ks, cor preta, ano/modelo 2011, placa NNS - 2991/rn, chassi: 9C2JC4110BR434267, licenciado em nome de Jose Raimundo de Moura, e entre Cuite e Nova Floresta-PB, na garupa da moto citada vinha a vitima MARIA JOSE ROCHA DA SILVA, foram atingido por um veículo Camionete Fiat/Strada Trek Flex, Ano 2006/2007, Cor Preta, Chassi: 9BD278G2A72529335, Placa: MUZ-8146/PB, Licenciado Em Nome de Josilene Cardoso Pereira, a senhora Maria Jose, foi atingida na perna, sendo socorrida pela SAMU, tanto o noticiante como o condutor do outro veículo não ficaram feridos.

OBS: esta ocorrência tem base em uma ocorrência já registrada nesta delegacia sobre o nº 66/2016, digitada por mim. **Nada mais havendo a tratar, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. A referido é verdade e dou FÉ.**

Nova Floresta/PB, 15 de maio de 2017.

Deodoro Bernadino da Silva
DEODORO BERNADINO DA SILVA
NOTICIANTE

Antônio da Silva Bezerra
Antônio da Silva Bezerra
Comissário de Polícia Civil
Mat. 96.443-3



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MARIA JOSE ROCHA DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 3216134 ^{2ª VIA} SSDS/PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 06138757459, residente e domiciliado na RUA OLMO - D'AGUA, 21 - CASA - CENTRO, Cidade NOVA FLORESTA, Estado PARAIBA, 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.

DOCUMENTO 2 *T24*



X Maria Jose Rocha da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

NOVA FLORESTA, 20 DE MARÇO DE 2017.

Local e data

SEGURADORA LIDER DPVAT 6 e 20-MAR-2017 16:17 040663 1/1



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, MARIA JOSÉ NOCHA DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 3.216.194 e inscrito no CPF/MF sob o nº 061.387.574-59 residente e domiciliado na RUA GOV. PEDRO GONDIM Cidade NOVA FLORESTA, Estado PARAIBA, 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.

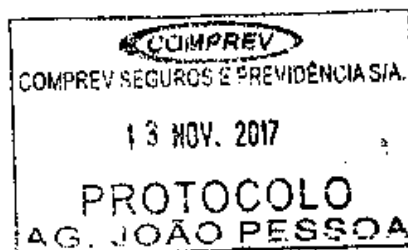
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maria José Nocha da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

NOVA FLORESTA PB 16-10-2017

Local e data



LEITO:

PEDIATRIA

ADULTO / FEMININO

ADULTO / MASCULINO

IA DE OBSERVAÇÃO

HORA	PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA	TERAPÊUTICA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	RUBRICA
	13 NOV. 2017		19.06.2016 às 16:30hrs Paciente é admitida na Unidade, procedendo de macas, com antecedente de tudo em TER. Segundo informações do departamento de exames, exames solicitados entre 19.06.2016 e 19.06.2016. A mãe na apresenta escuridão no MIE, indurando que tenha do MIE, mas não nada no pé E (coração) com alterações de ritmo e tudo de acordo. Foram realizados exames de sangue e urina, com regulador de SANG, que chegou por volta das 14:00 horas e hemograma e paciente de unidade. 20.06.2016 às 16:30hrs 100 mmHg e 140 mmHg.	

RIZOVIC DA SILVA
TEL DE ENFERMAGEM
COPEN - PR 955.163



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: 23/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05776-2

CONTA: 000000006444-0

Nr. Autenticação

BRADESCO230320180500000000002370577600000000644494500 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2021 11:40:42

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052411404175100000041395752>

Número do documento: 21052411404175100000041395752



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, MARIA JOSÉ ROCHA DA SILVARG nº 3216744-2 VIA, data de expedição 02/02/17, Órgão SSDS/PB

CPF nº 06138757459, 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)	RUA OLHO D'ÁGUA
Número	21
Apto / Complemento	CASA
Bairro	CENTRO
Cidade	NOVA FLORESTA
Estado	PB
CEP	58178000
Telefone de Contato	(83) 998257307
E-mail	-

SENIADOR LUIZ DE ALMEIDA 6.8 28-04-2017 16:17 040560 1/1

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: NOVA FLORESTA, 20/03/2017Assinatura do Declarante: x Maria José Rocha da Silva

MARIA DE LOURDES DOS SANTOS
RUA OLHO D'ÁGUA, 21 - CENTRO
NOVA FLORESTA/PB CEP: 58176-000 (AG: 80)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-230, Km 25 - Canto Redenção - João Pessoa (PB) - CEP: 58073-680
Referência: Mar/2017
Emissão: 09/03/2017

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.

CNPJ 09.086.163/0001-40 - Ins. Est. 16.015.822-0

Nº de Fator/Conta: Energia Eficiente 1000.266.634

Código para Débito Automático: 0000000000

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/585059-9

Canal de contato

Mar/2017

Apresentação

09/03/2017

Data prevista da próxima leitura

06/04/2017

CPF/CNPJ/RANI

1253502107

Faturas em atraso

16/03/2018 47,08

Histórico de Consumo (kWh)

Fev/17 4
Jan/17 13
Dez/16 11
Nov/16 6
Out/16 3
Set/16 4
Ago/16 9
Jul/16 55
Jun/16 105
Mai/16 107
Abr/16 184
Mar/16 97

Anterior Atual Constante Consumo Dias

Data Letura Data Letura 4 31

09/03/17 4848 09/03/17 4852

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	4	0,44025	1,76
Adc. B. Amarela			0,03
PIS			0,07
COFINS			0,11
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
JUROS DE MORA 01/2017			0,07
JUROS DE MORA 12/2016			0,29
MULTA 01/2017			0,17
MULTA 12/2016			0,29
DÉBITO COMPENSADO 09/2017			1,87
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2017			0,01
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2016			0,11
CRÉDITO A COMPENSAR (-) 03/2017			-4,88

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	1,82	1,2910	0,02
COFINS	1,82	5,9082	0,11

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

16/03/2017 R\$ 0,00

Média dos últimos meses

RESERVADO AO FISCO

0965.3b40.df1a.55c9.4801.185d.b1be.b650.

Indicadores de Qualidade 1/2017 - Cód

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
ENC MENSAL	0,00	NCAMAL 270
ENC TRIMESTRAL	0,00	CONTRATADA
ENC ANUAL	0,00	LIMITE INFERIOR 202
ENC MENSAL	0,00	LIMITE SUPERIOR 231
ENC TRIMESTRAL	0,00	
ENC ANUAL	0,00	
ENC MENSAL	0,00	
ENC TRIMESTRAL	0,00	
ENC ANUAL	0,00	

Composição do valor total da sua conta

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Del. da Energia PB	0,85	19,89
Compra de Energia	0,84	17,95
Serviço de Transmissão	0,04	0,85
Encargos Setoriais	0,29	5,46
Impostos Sobre o Consumo	1,02	21,79
Outros Serviços	1,97	39,98
Total	4,88	100,00

Valor do GUSD (Ref 1/2017) R\$ 3,301

ATENÇÃO

AVISO: Permanecendo em atraso os DEBITOS ANTERIORES, a reatuação, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

Leitura confirmada

ENERGISA PARABÁ

Roteiro: 4 - 106 - 305 - 3070
Matr. cda: 585059-2017-03-5

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

16/03/2017 R\$ 0,00

FATURA COM VALOR ZERO. NÃO É NECESSÁRIO AUTENTICAR
Este mês você está recebendo sua conta apenas para demonstração. O valor de R\$ 4,88 será lançado na sua próxima conta sem cobrança de multa e juros.
Caso queira receber esta fatura para pagamento, entre em contato com o 0800 da ENERGISA.

585059-2017-03-5 6 28-MAR-2017 16:17 049664 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/05/2021 11:40:42

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21052411404175100000041395752

Número do documento: 21052411404175100000041395752

[illegible]

COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A

13 NOV 2017

PROTOCOLLO
AG. JOAO PESSOA



Comprovante de residência



energisa

DEODORO BERNARDINO DA SILVA
RUA GOV PEDRO GOMES, 320 - CENTRO
NOVA FLORESTA / RS CEP: 91160-000

Endereço: 09/10/2017 Referência: Out / 2017
Classificação: RESIDENCIAL / BARRA RENOVATONOF APOC B/230 Km 25 - Cda. Pedreira João Pessoa/RS CEP: 96071-670
Roteiro: 4 - 103 - 305 - 1180 Nº medidor: 00000240209

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

Conta referente a: Apresentação: Data prevista da próxima leitura: CPF/CNPJ/RAN:

Out / 2017 09/10/2017 09/11/2017 2868200486

Canal de contato

Transmissão de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.

CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL

CADEASTRO BIOMÉTRICO

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA É OBRIGATORIA E GRATUITA.

O TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DA PARANÁ ALERTA QUANTO AO CADASTRAMENTO, PRODUZIR UM CARTÃO ELEITORAL MAIS PRÓXIMO PARA EFETUAR O SEU CADASTRO.

Anterior	A atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Orela	Leitura	
11/09/17	14815	09/10/17	14877	28

Demonstrativo

Descrição	Tarifa	Valor Base	Alíq. (R\$/kWh)	Consumo (kWh)	Valor (R\$)	Porcentagem (%)	Valor (R\$)
0001 Consumo de 30kWh BR	20,000 0,163280	4,83	0,00	0,00	4,83	8,35	0,33
0001 Adc. B. Amarelo		0,14	0,00	0,00	0,14	0,00	0,01
0004 Adc. B. Verde		0,11	0,00	0,00	0,11	0,00	0,00
0010 Substância		10,00	0,00	0,00	10,00	0,10	0,48
0005 Cargação Substância		9,47	0,00	0,00	9,47	0,00	0,00

Código de Classificação do bem: TOTAL: 5,72 0,00 0,00 10,18 5,15 0,72

17/10/2017 R\$ 5,72

Histórico de Consumo (kWh)

3	15	1	15	13	12	14	12	13	13	12	11
Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Mai/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16	Out/16

RESERVADO AO FISCO
1c6a.d9e9.6d3c.fe02.cb00.35b1.3122.7cd5.

Indicadores de Qualidade 09/10/2017

Indicador	Limite da ANEEL	Apurado	Limite da Tensão (V)
DC MENSAL	5,65	0,00	220
DC TRIMESTRAL	11,30		
DC ANUAL	22,60		
PC MENSAL	9,30	0,00	202
PC TRIMESTRAL	13,95		
PC ANUAL	20,92		
DC/PC	13,22		

Composição do Consumo

Descrição	Valor (R\$)	%
Consumo de Energia	1,73	30,25
Consumo de Energia	2,37	41,42
Consumo de Energia	0,79	13,72
Consumo de Energia	0,49	8,59
Consumo de Energia	0,57	9,79
Consumo de Energia	0,30	5,25
Total	5,72	100,00

Valor de R\$ 5,72 (R\$ 5,72) / R\$ 225

REAVISO: Caso o consumidor não tenha recebido o boleto, o mesmo poderá ser suspenso a partir de 24/10/2017, conforme Resolução 474/ANEE. O consumidor deverá apresentar o boleto suspenso para o atendimento, caso contrário, não será considerado para a cobrança e o mesmo será cancelado.

Set/17 5,72
Ago/17 5,68
Jul/17 5,64

COMPREV
COMPREV RECURSOS E PREVIDÊNCIA CIA
13 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE RAIMUNDO DE MOURA,
 RG nº 1.252.588, data de expedição 16/10/1986
 Órgão 448 PB, portador do CPF nº 031.115.214-78, com
 domicílio na cidade de CURRAIS NOVOS, no Estado de
RIO GRANDE DO NORTE onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
ACA 76 DE 6019, nº 121,
 complemento 899, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima MARIA JOSE ROCHA DA SILVA cujo o condutor era
DEODORO BERNARDINO DA SILVA.

Veículo: MOTO
 Modelo: HONDA CG 125 FAN KS
 Ano: 2011
 Placa: NN9 2991
 Chassi: 9C2 JC4110BR434267
 Data do Acidente: 19-06-2016
 Local e Data: _____

COMPREV SEGUROS
 E PREVIDÊNCIA S/A.

RECEBI 01 MAR 2018

Nome: _____



JOSE RAIMUNDO DE MOURA
 Assinatura do Declarante



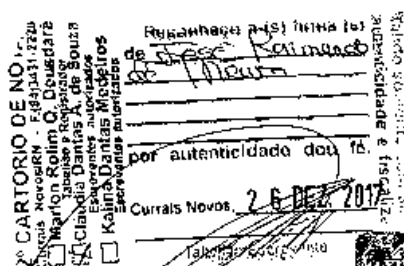
Reconheço
 Cartório

Deodoro Bernardino da Silva

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



Primeiro Cartório de Notas
 Deodoro Bernardino da Silva
 Taberna 2018



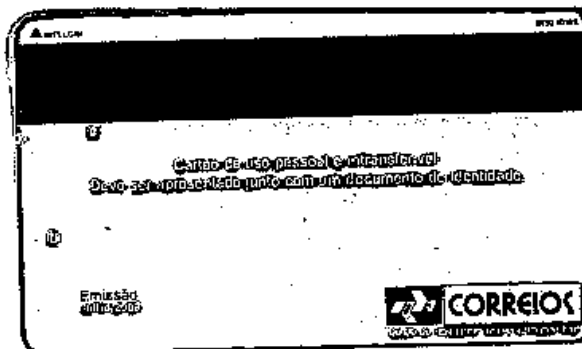


DOCUMENTO 4 "T4%"



SEI00000 L110X PMAT 6 8 20-08-2017 16:17 040662 1/1





SEMPRE LIBERAR PONT 6 & 28-08-2017 16:17 040665 1/1



você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Tudo o que acontece tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é eletricitista, não se meta a fazer serviços de eletricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda às recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela desatenção.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os óculos, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

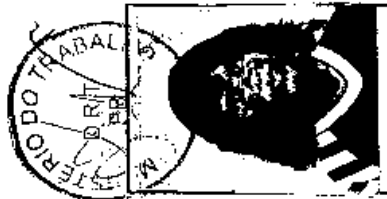
Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTERA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Número 96.625 Série 0002820

Assinatura de Lira Batista Ferreira

ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO GERAL LIRA BATISTA FERREIRA 68 28-08-2017 16:18 940671 1/1

Nome Lira Batista Ferreira
Loc. Nasc. Mato Grosso do Sul
Filiação Lira Batista Ferreira
Data Nasc. 28/08/1948
Doc. N.º 453-454-15-46-17

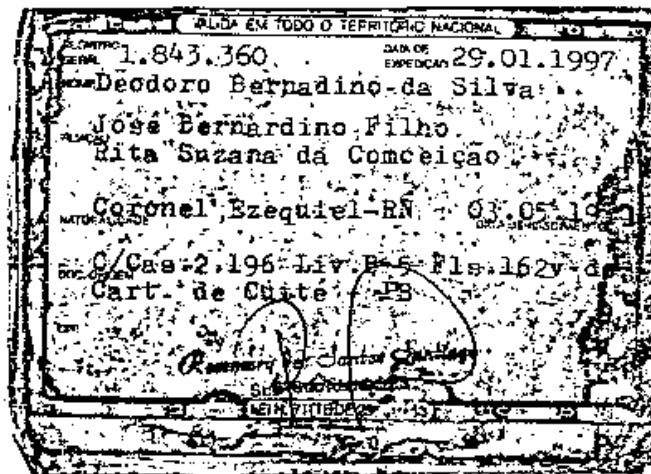
ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. N.º
Exp. em / / Estado
Obs. Data Emissão 30/04/03 DRT M. Trabalho
Lira Batista Ferreira
Assinatura do Funcionário
Lira Batista Ferreira
Matrícula nº 018

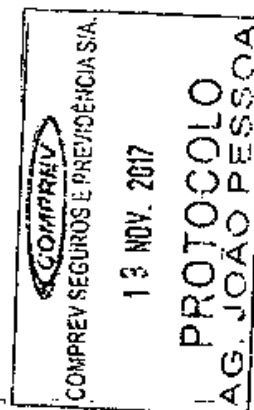
ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE
(Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
Doc.
Nome
Doc.
Nome
Doc.
Est. Civil
Doc.
Est. Civil
Doc.
Nascimento
Doc.





Documentos de Identificacao



76



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN: RN. N° 8790540032
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: COD. RENAVAM: 285955786 RNTRE: EXERCÍCIO: 2011

NOME: JOSE RAIMUNDO DE MOURA

CPI/CNR: 031:115:214-78 PLACA: NNS2991

PLACA ANT./UF: NNS2991/RN CHASSI: 9C2JC4110BR434267

ESPECIE TIPO: PASSAGEIRO/MOTOCICLETA NÃO-APLICÁVEL GASOLINA COMBUSTÍVEL

MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB: 2011 ANO MOD: 2011

CAP/PCIT/CIL: 124 CILINDRADAS CATEGORIA: PARTICULAR COR PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: R\$ 0 28/02/2011 VENC/COTAS: 1º PAGO

FAIXA I.P.V.A.: 2844-3K PARCELAMENTO/COTAS: R\$ ***** 2º PAGO

3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): IOP (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: *** TAXAS: DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

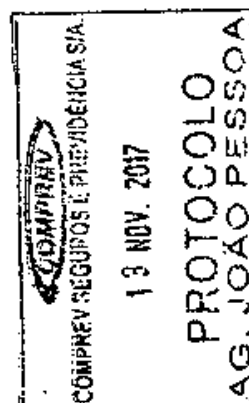
ALLEN FID. DE FAVOR DE: 99670001-50

BANCO BRADESCO FINANCIAMENTOS S.A.

MOTOR: JC41E1B434267

CURRAIS NOVOS 22/02/2011

DUT



70



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 010099891473
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 0089227327-2 000/00000000 EXERCÍCIO: 2013

PLACA: 0089227327-2

POSSESSOR: JOSILENE CARDOSO PEREIRA

CPF: 97849197453

MUNICÍPIO: MUZAMBEIRO/PB

VEÍCULO: 0089227327-2

ESPECIE TIPO: CAR/CAMINHONETE/CARR. ABERT. COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: FIAT/STRADA TREK FLEX

ANO FAB: 2006 ANO MOD: 2007

CARROÇA: 02P/G-707/081CV CATEGORIA: PARTIC. CORP. DOMINANTE: PRETA

IPVA: 15/08/2013

PREMIO TARIFARIO (R\$): 15/08/2013

PREMIO TOTAL (R\$): 15/08/2013

DATA DE PAGAMENTO: 08/07/2013

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

ALACOA NOVA - PB

0005 22/08/2013

33553

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
BILHETE DE SEGURO DPVAT

PBNº 010099891473

EXERCÍCIO: 2013

CPF: 97849197453

MUNICÍPIO: MUZAMBEIRO/PB

VEÍCULO: 0089227327-2

ESPECIE TIPO: CAR/CAMINHONETE/CARR. ABERT. COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: FIAT/STRADA TREK FLEX

ANO FAB: 2006 ANO MOD: 2007

CARROÇA: 02P/G-707/081CV CATEGORIA: PARTIC. CORP. DOMINANTE: PRETA

IPVA: 15/08/2013

PREMIO TARIFARIO (R\$): 15/08/2013

PREMIO TOTAL (R\$): 15/08/2013

DATA DE PAGAMENTO: 08/07/2013

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

ALACOA NOVA - PB

0005 22/08/2013

33553

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

33553-1044225-20130822

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

13 NOV. 2017

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170614606 **Cidade:** Nova Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2016 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO FÊMUR E DOS OSSOS DA PERNA À ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE DOR NA COXA E PERNA. AO EXAME, APRESENTA EDEMA NO MEMBRO INFERIOR, HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DA COXA E PERNA ASSOCIADA À REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. RECEBEU ALTA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Marcio Alberto de Lima Cavalcanti

CRM do médico: 6508

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0126730/17
Vítima: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA
CPF: 061.387.574-59

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/06/2016
Titular do CPF: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

DOCUMENTO 5 *75%



MARIA JOSE ROCHA DA SILVA : 061.387.574-59

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da Indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data: 29/03/2017
Nome: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA
CPF/CNPJ: 061.387.574-59

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 29/03/2017
Nome: KELLY DA SILVA FERNANDES
CPF: 076.679.887-90

MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

KELLY DA SILVA FERNANDES





Juradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA MARLA JOSE ROCHA DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 19.06.2016 CPF DA VÍTIMA _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA OLMO DA SILVA BAIRRO CENTRO
Nº 21 COMPLEMENTO CASA CEP 58138000
CIDADE NOVA FLORESTA UF PB TELEFONE (83) 99825.7307
E-MAIL _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() 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)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() 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 VÍTIMA 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) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

* O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
* COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 20/03/2017 SS05/PB
IDENTIDADE 3216174 22VIA
ASSINATURA X. Maria José Rocha da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 20/03/17 MATR. CORREIOS 84788915
NOME KEVIN DA SILVA DANTAS
ASSINATURA Kevin da Silva Dantas

site: www.dpvatseguroatransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04



Facebook.com/dpvatoficial



Youtube.com/dpvatoficial



Twitter.com/dpvatoficial

Blog: www.uvseguronotransito.com.br

NOME / NOME / NAME		TELEFONE / Phone Number	
MARIA JOSE RODRIGUES DA SILVA		(83) 99825-7307	
ENDERECO / Address			
Rua Orla Diagonal, 21 - CASA - CENTRO			
CEP / ZIP	CIDADE / City	UF / State	PAIS / Country
58178000	NOVA FLORESTA	PB	
 RECOLHAS MATERIAS E PRESERVAR O MEIO AMBIENTE			
 RECOLHAS MATERIAS E PRESERVAR O MEIO AMBIENTE			

RECOLHAS
MATERIAS
E PRESERVAR
O MEIO AMBIENTE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0439335/17
Vítima: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA
CPF: 061.387.574-59

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 19/06/2016
Titular do CPF: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



DEODORO BERNADINO DA SILVA : 028.682.004-86

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

MARIA JOSE ROCHA DA SILVA : 061.387.574-59

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/11/2017
Nome: DEODORO BERNADINO DA SILVA
CPF/CNPJ: 028.682.004-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2017
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

DEODORO BERNADINO DA SILVA

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA



Outros



REMETENTE:

MARIA JOSE ROCHA DA SILVA

ENDEREÇO: RUA GOV. PEDRO GOMNDIM – 390, CENTRO

NOVA FLORESTA/PB

CEP: 58.178-000

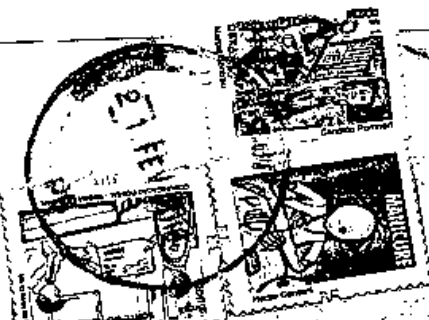


DESTINATÁRIO:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

ENDEREÇO: AV. MEM DE SÁ, N° 247, 1° ANDAR – PARTE- CENTRO

RIO DE JANEIRO, RJ CEP: 20230-151



ENTRADO URGENTE
REGISTERED PRIORITY



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170614606 **Cidade:** Nova Floresta **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSE ROCHA DA SILVA **Data do acidente:** 19/06/2016 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE DIÁFISE DE FÊMUR E TÍBIA DIREITO

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SEM RELATÓRIO MÉDICO DE RESULTADO DE CONDIÇÃO CLÍNICA ATUAL. RESULTADO NÃO DEFINIDO ENCAMINHADO PARA PERÍCIA PARA ANÁLISE DE SEQUELAS DEFINITIVAS CASO EXISTAM

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: Fernanda Cardoso Guerra Fonseca

CRM do médico: 5253342-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Procuração



OUTORGANTE:

Nome: MARIA JOSÉ ROCHA DA SILVA, brasileiro(a),
estado civil: SOLTEIRA Profissão: AGRICULTORA, portador(a) do RG
3.216.174, órgão expedidor SSP PB e do CPF: 061.387.574-53, residente
no(a) AVA BOV. PEDRO LONDIM nº 390,
bairro: CENTRO, município: NOVA FLORESTA / PB.

OUTORGADO:

Nome: REODORO MARADINO DA SILVA
brasileiro(a) estado civil: SOLTEIRO Profissão: AGRICULTOR, portador(a) do
RG 1.843.360, órgão expedidor SSP RN e do CPF: 028.682.004-86
residente no(a) AVA BOV. PEDRO LONDIM nº 390,
bairro: CENTRO, município: NOVA FLORESTA / PB.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



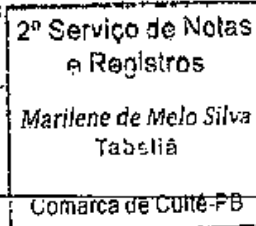
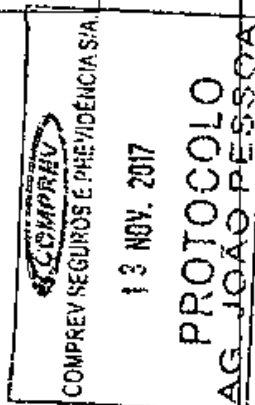
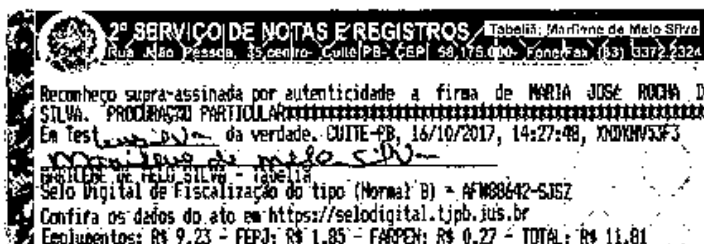
CUI-TE PB 16-10-2017

Local e Data

Maria José Rocha da Silva

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3170614606**

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA JOSE ROCHA DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA GOV PEDRO GONDIM, 390, CASA - CENTRO - Nova Floresta - PB - CEP 58178000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **3216174**

Data e local do acidente: [**19/06/2016**] **Campina Grande - PB**

Data e local do exame: [**12/03/2018**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DO FÊMUR E DOS OSSOS DA PERNA À ESQUERDA.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CIRÚRGICO. RECEBEU ALTA.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA REFERE DOR NA COXA E PERNA. AO EXAME, APRESENTA EDEMA NO MEMBRO INFERIOR, HIPOTROFIA DA MUSCULATURA DA COXA E PERNA ASSOCIADA À REDUÇÃO DA FORÇA MUSCULAR E MARCHA CLAUDICANTE.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do membro inferior esquerdo

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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





b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior esquerdo

% do dano: (☒) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



Marcio Alberto de Lima Cavalcanti - CRM: 6508 - PB





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CUITE/PB

Processo n.º 08000235720198150161

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 **MARIA JOSE ROCHA DA SILVA**, 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:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de R\$ 945,00 (novecentos e quarenta e cinco reais, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

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



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CUITE, 20 de maio de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

