Tribunal de Justiça da Paraíba
PJe - Processo Judicial Eletrônico

11/12/2020

Número: **0819280-14.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **28/03/2018**
Valor da causa: **R$ 12.656,25**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
DEBORA TAISE SANTOS DE SOUZA (AUTOR)	**MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	**SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)**
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37730182	11/12/2020 11:39	Petição	Petição
37730185	11/12/2020 11:39	2641544_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
37730187	11/12/2020 11:39	2641544_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **DEBORA TAISE SANTOS DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180057674**
Vitima: **DEBORA TAISE SANTOS DE SOUZA**
Data do Acidente: **17/07/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180057674.**

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.b**r 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. 00193/00194 - carta_01 - INVALIDEZ

00030097

Carta nº 12347234

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **DEBORA TAISE SANTOS DE SOUZA**

Sinistro: **3180057674**
Vítima: **DEBORA TAISE SANTOS DE SOUZA**
Data do Acidente: **17/07/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA**

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 3180057674** 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. 00499/00500 - carta_02 - INVALIDEZ

00070250

Carta nº 12363360

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2018

Carta n°: 12425358

A/C: DEBORA TAISE SANTOS DE SOUZA

Nº Sinistro:	**3180057674**
Vitima:	**DEBORA TAISE SANTOS DE SOUZA**
Data do Acidente:	**17/07/2017**
Cobertura:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA**

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: **DEBORA TAISE SANTOS DE SOUZA**
Valor: **R$ 2.362,50**
Banco: **104**
Agência: **000001911**
Conta: **0000041919-0**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**2.362,50**
Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%		
Graduação: Em grau leve 25%		
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%		
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R$	**2.362,50**

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

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CR
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSIC

Autorizacao 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
	035 764 941-97	Débora Taísa Santos de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Débora Taísa Santos de Souza		CPF titular da conta: 035.764.941-97	Profissão: Dona de Casa
Endereço: Dr Gilvan Meireles		Número: 260	Complemento:
Bairro: Imaculada	Cidade: Bayeux	Estado: PB	CEP: 58300-410
Email:			Telefone (DDD): (83) 999336083

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1811 DV ___ (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. 41919 DV 0 (Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)
BANCO Nome
AGÊNCIA NRO. DV (Informar dígito se existir)
CONTA NRO. DV (Informar dígito se existir)

COMPREV COMPANHIA PARAIBANA DE SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A. 25 JAN. 2018 PROTOCOLO JOÃO PESSOA

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.

João Pessoa, 08 de Janeiro de 2018
Local e Data

Débora Taísa Santos de Souza
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

27

FAPPF.001 V001/2017

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após

226-810982339-2

14/AGO/2017 HORA DF 16:30:44

TERM 05213

LOT. 13.023935-6
LOCALIDADE: BAYEUX
AG. VINCULADA: 1911

CONTROLE: 0

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FÁCIL

NOME: DEBORA TAISE SANTOS DE SOUZA
AGÊNCIA: 1911
OPERAÇÃO: 013
CONTA-DV: 0041919-0
DATA DE ABERTURA: 14/08/2017

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
25 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

LOTERIAS CAIXA

226-810982339-2

2ª VIA

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180057674
Nome do(a) Examinado(a): Debora Taise Santos de Souza
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Doutor Gilvan Muribeca, 260
Imaculada Bayeux PB CEP: 58309-410
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / MS] 001618295
Data local do acidente: [17/07/2017]
Data local do exame: [16/02/2018] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DA MÃO DIREITA (METACARPO)

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

Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHINNER QUE JÁ FOI REMOVIDO.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 24102017.

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

AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRURGICA NA MÃO DIREITA, DEFORMIDADE DO SEGUNDO METACARPO , LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DAS MÃO DIREITA.

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

(X) Sim ( ) Não

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

(X) Sim ( ) Não

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

APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DA MÃO DIREITA.

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 o previsto no inciso II, §1° do art. 3° 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
MÃO - Lado Direito
% do dano: ( ) 10% residual **(X) 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518

Boletim de ocorrencia

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: 17057427B01

STATUS: Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA: IVO NOGUEIRA/1550991		DATA/HORA: 17/07/2017 07:10
Na Rodovia		
MUNICÍPIO/UF: JOÃO PESSOA/PB		
BR: 230	KM: 22,6	SENTIDO: Decrescente
DESCRITIVO DO LOCAL:		

ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA: Pleno dia	CONDIÇÃO METEOROLÓGICA: Chuva	
TIPO DE VIA: Marginal	TIPO DE PISTA: Dupla	CONDIÇÃO DE PISTA: Molhada
TIPO DE PAVIMENTO: Asfalto	ESTRUTURA VIÁRIA: Reta	
LOCALIDADE URBANIZADA: Sim	EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO: Sim	EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL: Sim

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO CRESCENTE

IMAGEM PANORÂMICA - SENTIDO DECRESCENTE

IMAGEM DESCRITIVA DO LOCAL

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

AUXÍLIO DE OUTRO ÓRGÃO: Corpo de bombeiros	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO AUXÍLIO: ar48 Sgt Martiniano	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE: Acidente ocorreu na frente do Unipê	

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF IVO NOGUEIRA, MATRÍCULA 1550991

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 17/07/2017 14:20 NÚMERO DE CONTROLE: F76435C5B48C21E762A2F638C0B821

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novoBoAutenticar

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: 17057427B01

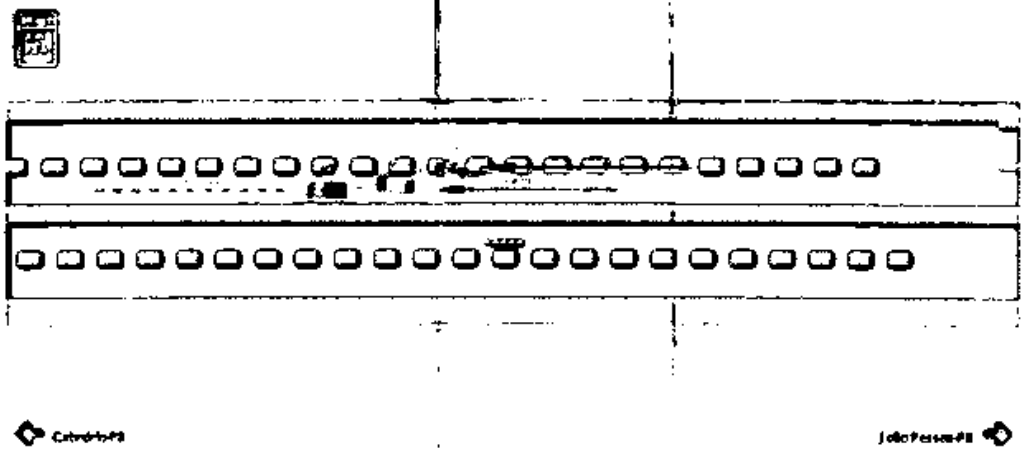
STATUS: Encerrado

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	
2	Colisão lateral	

Croqui



Narrativa

Por volta das 07:20 desta data, a equipe de ronda da UOP de Bayeux/PB recebeu informação via ciop da ocorrência de acidente no km22,6, sentido Cabedelo-PB (crescente) da BR230. De imediato, deslocaram-se os PRF's Ivo Nogueira e F.Bruno. Chegando ao local, os veículos já se encontravam no acostamento e as vítimas sendo socorridas. Verificamos que se tratava de um engavetamento envolvendo 3 veículos: V1: Não identificado (veículo já havia se retirado do local do acidente quando da chegada da viatura); v2: Eco Sport branca de placa: OGG0208/PB, conduzido por Wellington Jardel Ribeiro de Oliveira, CPF: 300.303.578-96; e v3: Honda Bros branca de placa: OFT4698/PB, conduzida por Claudionaldo da Silva Romualdo Junior, CPF: 120.468.674-25. Da análise dos vestígios encontrados no local, especificamente os danos nos veículos, corroborados pelos relatos do condutores de v2 e v3, bem como as lesões nas vítimas. Constatamos que v1, seguia fluxo na faixa 1 da pista, quando reduziu a velocidade por motivo não sabido, v2, que seguia atrás de v1, não conseguiu frear, tentou manobrar o veículo para a faixa 2, no momento em colidiu na traseira direita de v1, e lateralmente com v3 que seguia fluxo entre as faixas. Do acidente restaram duas vítimas leves, que foram socorridas pelo Corpo de Bombeiros e encaminhadas ao Hospital de Traumas da capital. V2 veículos foi liberado ao condutor. V3 foi liberado a pessoa indicada pelo condutor no local do acidente (padrasto). Velocidade Max. para o local: 80 km/h.

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF IVO NOGUEIRA, MATRÍCULA 1550991

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 17/07/2017 14:20 NÚMERO DE CONTROLE: F7643505B48C21E782A2F638CDB821

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobet/autenticar

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: 17057427B01

STATUS: Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL:	PLACA:	MARCA/MODELO:	ANO FABRICAÇÃO:
V1	Evadido/Ignorada		

SITUAÇÃO:	TIPO DE VEÍCULO:
Tracionador	Caminhonete

CHASSI:	RENAVAM:	País:
	NÃO APLICÁVEL	BRASIL

ESPÉCIE:	CATEGORIA:	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE:
	NÃO APLICÁVEL	Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:
Condutor de v2 informou que se tratava de uma S10 preta. Que o condutor do veículo verificou que não havia acontecido danos no seu veículo e decidiu não aguardar a PRF para confecção do Boletim de Acidente de Trânsito

NOME DO PROPRIETÁRIO:	CPF/CNPJ:

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF IVO NOGUEIRA, MATRÍCULA 1550981

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 17/07/2017 14:20 NÚMERO DE CONTROLE: 17043CC0B4BC21E752APF698CD9871

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: 17057427B01

STATUS: Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL:	PLACA:	MARCA/MODELO:	ANO FABRICAÇÃO:
V2	OGG0208	FORD/ECOSPORT FSL 1.6	2013

SITUAÇÃO:	TIPO DE VEÍCULO:
Tracionador	Camioneta

CHASSI:	RENAVAM:	PAÍS:
9BFZB55P3E8879870	00558768725	BRASIL

ESPÉCIE:	CATEGORIA:	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE:
Misto	Particular	Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Danos no paralamas dianteiro direito, parachoques dianteiro.

NOME DO PROPRIETÁRIO:	CPF/CNPJ:
MOISES MARCELINO DA SILVA	066.514.324-94

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
RUA ADAO VIANA DA ROSA 56	00056

COMPLEMENTO:	BAIRRO:

MUNICÍPIO/UF:

JOAO PESSOA/PB

TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

IMAGEM ADICIONAL

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF IVO NOGUEIRA, MATRÍCULA 1550991

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 17/07/2017 14:20 NÚMERO DE CONTROLE: F7643SC5E46C21E762A2F638DD8821

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: 17057427B01

STATUS: Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL:	PLACA:	MARCA/MODELO:	ANO FABRICAÇÃO:
V3	QFT4698	HONDA/NXR160 BROS ESDD	2015

SITUAÇÃO:	TIPO DE VEÍCULO:
Tracionador	Motocicleta

CHASSI:	RENAVAM:	PAÍS:
9C2KD0810GR417479	01075840535	BRASIL

ESPÉCIE:	CATEGORIA:	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE:
Passageiro	Particular	Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:
Danos de pequena monta no painel dianteiro, paralamas dianteiro, farol dianteiro quebrado, retrovisor direito quebrado, partes plásticas protetora.
Pneu traseiro liso.

NOME DO PROPRIETÁRIO:	CPF/CNPJ:
CLAUDIONALDO DA SILVA ROMUALDO	120.468.674-24

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NUMERO:
R D GILVAN MURIBECA 260 CASA	00260

COMPLEMENTO:	BAIRRO:
CASA	

MUNICÍPIO/UF:
BAYEUX/PB

TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Carga

DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF IVO NOGUEIRA, MATRÍCULA 1520951

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 13/07/2017 14:20 NÚMERO DE CONTROLE: F75435C5D40C21E762A2F038CDB621

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: 17057427B01

STATUS: Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V1 / Evadido/Ignorada		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: NÃO IDENTIFICADO	CPF:	DATA DE NASCIMENTO:
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO:
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE:	

Dados de Endereço

LOGRADOURO:	NÚMERO:
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF:	
TELEFONE:	EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Ignorado
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:
Informações coletadas dos condutores de v2 e v3

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF IVO NOGUEIRA, MATRÍCULA 1550991

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 17/07/2017 14:20 NÚMERO DE CONTROLE: F70435C5B46C27E762A2F838C0B821

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: 17057427B01

STATUS: Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V2 / OGG0208 / FORD/ECOSPORT FSL 1.6		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: WELLINGTON JARDEL RIBEIRO DE OLIVEIRA	CPF: 300.303.578-96	DATA DE NASCIMENTO: 15/09/1983
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE: EVANEIDE FREIRES RIBEIRO	

Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA MARIA JOSE RIQUE	NUMERO: 430
COMPLEMENTO:	BAIRRO: CRISTO REDENTOR
MUNICIPIO/UF: JOAO PESSOA/PB	
TELEFONE:	EMAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAIS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AD
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 03210891947	UF: PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 04/03/2004	VALIDADE DA CNH: 08/01/2019	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 15		

Circunstâncias

ESTADO FISICO: Ileso	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: Sim	
USAVA CAPACETE: NÃO APLICÁVEL	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILOMETRO FOI POSSIVEL: Não	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: Aparelho não disponível no momento		
VISIVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:		

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF IVO NOGUEIRA, MATRÍCULA 1550931

DATA/HORA DE DISCEMINAMENTO DA OCORRÊNCIA: 17/07/2017 14:20 NÚMERO DE CONTROLE: 5704200B49C01E702A2F030CDB621

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: 17057427B01

STATUS: Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V3 / OFT4698 / HONDA/NXR160 BROS ESDD		ENVOLVIMENTO: Condutor
NOME: CLAUDIONALDO DA SILVA ROMUALDO JUNIOR	CPF: 120.468.674-24	DATA DE NASCIMENTO: 06/01/1996
Nº DE IDENTIFICAÇÃO:	ÓRGÃO EXPEDIDOR:	SEXO: Masculino
ESTADO CIVIL: Solteiro(a)	NOME DA MÃE: LENILZA TAVARES PEREIRA	

Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA DOUTOR GILVAN MURIBECA	NUMERO: 260
COMPLEMENTO: CASA	BAIRRO: IMACULADA
MUNICÍPIO/UF: BAYEUX/PB	
TELEFONE: 83987945254	EMAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO: Habilitação Nacional	PAÍS DA HABILITAÇÃO:	CATEGORIA: AB
MOTORISTA PROFISSIONAL: Não	Nº DO REGISTRO: 06392348206	UF: PB
DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO: 18/06/2015	VALIDADE DA CNH: 02/10/2019	
OBSERVAÇÕES DA CNH: 99		

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL	
USAVA CAPACETE: Sim	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL	
TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL: Não	RESULTADO DO TESTE:	RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE: Não
DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE: Socorro médico		
VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ: Não	SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: Não	

Encaminhamento

MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: Corpo de bombeiros
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO: Socorrido para o Hospital de Traumas com escoriações no braço e perna direitos. VTR AR48, Sgt. Martiniano.	

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF IVO NOGUEIRA, MATRÍCULA 1560991

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 17/07/2017 14:20 NÚMERO DE CONTROLE: F76435C5B48C21E762A7FF[illegible]

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobo/autenticar

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: 17057427B01

STATUS: Encerrado

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF IVO HOGUEIRA, MATRÍCULA 1560991

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 17/07/2017 14:20 NÚMERO DE CONTROLE: [illegible]

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: 17057427B01

STATUS: Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO: V3 / OFT4698 / HONDA/NXR160 BROS ESDD		ENVOLVIMENTO: Passageiro
NOME: DEBORA TAÍSE SANTOS DE SOUZA	CPF:	DATA DE NASCIMENTO: 04/05/1992
Nº DE IDENTIFICAÇÃO: 001618295	ÓRGÃO EXPEDIDOR: SSP	SEXO: Feminino
ESTADO CIVIL:	NOME DA MÃE: MARIA VERACY SANTOS DE SOUZA	

Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA DOUTOR GILVAN MURIBECA, CASA	NUMERO: 260
COMPLEMENTO:	BAIRRO:
MUNICÍPIO/UF: BAYEUX/PB	
TELEFONE:	E-MAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO: Lesões Leves	USAVA CINTO DE SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL
USAVA CAPACETE: Sim	USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS: NÃO APLICÁVEL

Encaminhamento

MOTIVO: Socorro médico	TIPO DE RECEPTOR: Corpo de bombeiros

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:
Socorrida para o Hospital de Traumas, pela VTR AR48, Sgt Martiniano.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF IVO NOGUEIRA, MATRÍCULA 1550991

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 17/07/2017 14:20 NÚMERO DE CONTROLE: 576435C5949C21E782A2F838CD9821

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: 17057427B01

STATUS: Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIA/PLACA/MARCA/MODELO:	NÚMERO DO BAT:
V2 / OGG0208 / FORD/ECOSPORT FSL 1.6	17057427B01
NOME/MATRICULA DO AGENTE:	**DATA/HORA:**
IVO NOGUEIRA/1550991	17/07/2017 07:10

		Item danificado no acidente		
Item	Descrição do Item	SIM	NÃO	NA
1	Painel corta-fogo		X	
2	Longarina dianteira esquerda		X	
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X	
4	Estrutura da soleira esquerda		X	
5	Air Bags Frontais		X	
6	Air Bags Laterais		X	
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X	
8	Estrutura da coluna central esquerda		X	
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X	
10	Caixa de roda traseira esquerda		X	
11	Assoalho central esquerdo		X	
12	Longarina traseira esquerda		X	
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X	
14	Longarina traseira direita		X	
15	Caixa de roda traseira direita		X	
16	Estrutura da coluna traseira direita		X	
17	Estrutura da soleira direita		X	
18	Estrutura da coluna central direita		X	
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X	
20	Assoalho central direito		X	
21	Caixa de roda dianteira direita		X	
22	Longarina dianteira direita		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):	DIMENSÃO DA MONTA:
0	Pequena

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF IVO NOGUEIRA, MATRICULA 1550991

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 17/07/2017 14:20 NÚMERO DE CONTROLE: F7G435C6R45C21E752A2F630CCB621

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

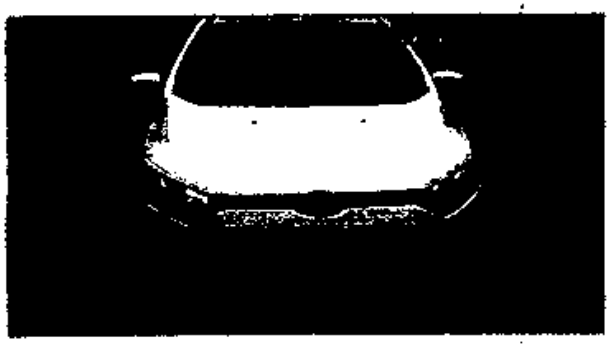
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: 17057427B01

STATUS: Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V2)	IMAGEM DA TRASEIRA (V2)



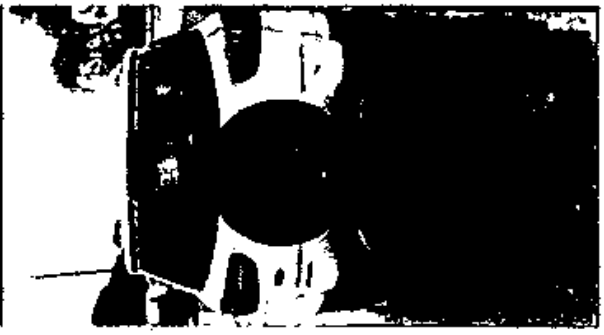


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V2)	IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V2)

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF IVO NOGUEIRA, MATRÍCULA 1560991

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 17/07/2017 14:20 NÚMERO DE CONTROLE: F78435C5B4RC21F7/2A2F[illegible]

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: 17057427B01

STATUS: Encerrado

AVALIAÇÃO DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:	NÚMERO DO BAT:
V3 / OFT4698 / HONDA/NXR160 BROS ESDD	17057427B01
NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:	**DATA/HORA:**
IVO NOGUEIRA/1550991	17/07/2017 07:10

		Item danificado no acidente		
Item	**Descrição do item**	**SIM**	**NÃO**	**NA**
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):	DIMENSÃO DA MONTA:
0	Pequena

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF IVO NOGUEIRA, MATRÍCULA 1550991

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 17/07/2017 14:20 NÚMERO DE CONTROLE: [illegible]

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novoBat/autentica/

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

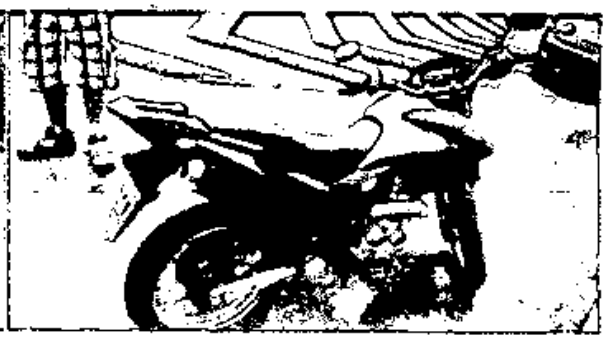
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: 17057427B01

STATUS: Encerrado

IMAGEM DA FRENTE (V3)	IMAGEM DA TRASEIRA (V3)

IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA (V3)	IMAGEM DA LATERAL DIREITA (V3)



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF IVO NOGUEIRA, MATRÍCULA 1650091

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 17/07/2017 14:20 NÚMERO DE CONTROLE: F76435C5R4RC21E752A2F035CCD021

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Declaracao de Inexistencia o

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO I.

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	CPF da Vítima	Data do Acidente
Débora Jaíse Santos de Souza	035.764.941-97	12.03.2017

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 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.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 JAN. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

João Pessoa, 08 de Janeiro de 2018
Local e Data

Débora Jaíse Santos de Souza
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAI.001 V001/2017

Ato declaratório

15/07

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312

Comprovacao de ato declara

Boletim de Atendimento: 1014108

Identificação do paciente

ID 1190995	Nome DEBORA THAISE SANTOS DE SOUZA			Sexo Feminino
Data de nascimento 04/05/1992	Idade 25 anos 2 meses 13 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA VERACI SANTOS DE SOUZA			Pai SIDNEY SANTOS DE SOUZA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988835978		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento		Nº Crs	
Local de procedência AGUA FRIA			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R	

Endereço

CEP 58051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCÁRIA NEUZA MEIRA
Número SN	Complemento		Bairro BANCÁRIOS

Admissão

Data e Hora 17/07/2017 07:51:11	Número de pulseira 1000004186532		Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica	
Classificação de risco			Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]

Dados clínicos

Pc vítima de trauma por acidente de moto queixando-se de dor em região do joelho D

Diagnóstico

Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA

Tempo 41seg

Imprimir

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 JAN. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Enfermeira COREN-PB 252.29

J5

Comprovante de residencia

LENILZA TAVARES PEREIRA

Emissão 17/01/2018 Referência Jan / 2018

Cód. para Deb. Automático: 00004195467

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2018	17/01/2018	16/02/2018	2434319459

UC (Unidade Consumidora): 5/419546-7

Canal de contato

CUMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
25 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			

Demonstrativo

Embratel

Claro S/A
Rua Henri Dunant, 780, Santo Amaro
CEP 04709-110 - São Paulo - SP
CNPJ - 40.432.544/0001-47

Fatura de Serviços Prestados - Detalhamento

Pág. 0001/0002

CTC RECIFE PE PL6
MARCELO LUCENA ADVOGADOS
R PROFESSOR OSWALDO DE MIRANDA PEREIRA 860
AN 1 SL 204
JOAO AGRIPINO
58034-128 JOAO PESSOA PB

Comprovante de residência

01503993

Fatura Digital: Faz um 21 mais praticidade e agilidade para você. Tenha acesso a sua conta do 21 de forma rápida e segura, sempre que quiser. Acesse fazum21.com.br/contaporemail e realize seu cadastro.

Visite nosso site www.fazum21.com.br, e acesse o detalhamento de sua fatura.

Mensagem Importante:
Reajustes nos valores das franquias e/ou tarifas que passaram a vigorar no mês:
Pacote Dial 21 Basico DDD
Sobre o valor das tarifas: aumento de até 13,98%

CÓDIGO DA CONTA 198388919

SUA CONTA VENCE EM	VALOR DA CONTA
24/11/2017	R$ 24,84

Seu Telefone: 83 30245995	(Classe: E)
mês de referência:	Novembro/2017
data de emissão:	12/11/2017
nº da fatura:	0250104443326
nº da nota fiscal:	000000821
cod. para débito automático:	198388919-5

Você está em dia com a Embratel. Obrigado.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 JAN 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Resumo da sua Conta

Total dos Serviços (com descontos)	R$	24,84
Total da Conta:	R$	24,84

Resumo por telefone/cartão faturado

TEL FATURADO	SERVIÇO	CHAMADAS	DURAÇÃO	VALOR
8320245995	DDD - Plano Basico	14	00:39:52	24,84
8330245995	Total	14	00:39:52	24,84
	Total do Resumo	14	00:39:52	24,84

DDD - Plano Basico

TEL. FATURADO	DESTINO/ÁREA LOCAL	TEL. DESTINO	DATA	HORA	DURAÇÃO	TARIFA	VALOR
	Fixo / Fixo						
83 30245995	PILAR	83 32821019	11/10/2017	11:04:17	00:02:54	D2 Diferenciada	1,70
83 30245995	PILAR	83 32821019	11/10/2017	11:04:29	00:06:18	D2 Diferenciada	3,71
83 30245995	PILAR	83 32821019	23/10/2017	11:26:16	00:01:02	D2 Diferenciada	0,64
83 30245995	PILAR	83 32821019	31/10/2017	09:47:29	00:00:46	D2 Diferenciada	0,46
83 30245995	ITABAIANA	83 32812121	01/11/2017	10:09:33	00:00:39	D2 Diferenciada	0,40
83 30245995	ITABAIANA	83 33010050	01/11/2017	10:12:42	00:07:25	D2 Diferenciada	4,42
83 30245995	SAO PAULO	11 42003003	04/11/2017	12:05:58	00:12:22	D2 Diferenciada	7,44
83 30245995	SAO PAULO	11 42003003	04/11/2017	12:19:04	00:00:52	D4 Normal	0,51
83 30245995	ITABAIANA	83 33010050	07/11/2017	09:44:20	00:00:20	D4 Normal	0,28
83 30245995	ITABAIANA	83 33010050	07/11/2017	09:50:30	00:01:22	D2 Diferenciada	0,80

Pagável na rede bancária, correios e agentes lotéricos.
Para sua maior comodidade solicite o débito automático.

Embratel

Autenticação Mecânica - para conferir dados do recibo, coloque no perfurador este trecho da fatura.

CÓDIGO DA CONTA	NÚMERO DA FATURA	DATA DE VENCIMENTO	VALOR DA CONTA
198388919	0250104443326	24/11/2017	R$ 24,84

846200000004 248400060021 501044433263 201711240006

1503993 / 001 - 001

30

Declaracao Circular SUSEP 4

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO
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 221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECA/WEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=18&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

[2] Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcelo Antonio R. de Lucena, inscrito (a) no CPF sob o Nº 009305364/32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário _____ Inscrito (a) no CPF sob o Nº _____/_____, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gilbona Maria Santos de Souza, inscrito (a) no CPF sob o Nº 035364941/92, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

_____

☑ Recuso Informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
Rua Prof Oswaldo Miranda Pereira		760	sala 204
Bairro	**Cidade**	**Estado**	**CEP**
José Pinheiro	João Pessoa	PB	58.034-120
Email	**Telefone comercial(DDD)**	**Telefone celular (DDD)**	
marcelolucena.adv@gmail.com	(83)99933-6073		

João Pessoa, 25 de janeiro de 2018
Local e Data

_____
Assinatura do Declarante

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
25 JAN. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

DLDPI_001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veiculo

Eu, Claudionaldo da Silva Romualdo.

RG nº 0639234 8206, data de expedição 18/06/15, Órgão DETRAN-PB, portador do CPF nº 120.468.674-24, com Domicilio na cidade de João Pessoa, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Pastor Gilvan Muribeca nº 260, complemento, _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veiculo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vitima Debora Taíse Santos de Souza, cujo o condutor era Claudionaldo da Silva Romualdo

Veiculo: Motocicleta
Ano: 2015/2016
Modelo: Honda NXR 160 Bros
Placa: QFT 4698
Chassi: 9C2KD0810GR417479
Data do acidente: 17/07/2017

Declaracao do proprietario c

Local e data: Bayeux 22/01/2018

X Claudionaldo da Silva Romualdo Júnior
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

X _____
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) **(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)** Descrição do Status

Santiago Pereira
Av. Liberdade, 3435 - Bancários
Paraíba - CEP: 58305-600
Fone: (83) 3232-1788

Reconheco, como autentica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
CLAUDIONALDO DA SILVA ROMUALDO JUNIOR
Em fe(.) da verdade, Bayeux-PB 23/01/2018 15:17:33
Nely Santiago Pereira Feitosa - Tabelia Substituta
(2018-000770)EMOL:R$ 19,48 FRAM:R$ 6,28 FEMJ:R$ 1,90 ISS:R$ 0,97
SELO DIGITAL: AG341123-GMW
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

57

Documentacao medico – ho

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	DÉBORA TAÍSE SANTOS DE SOUZA
DATA DE NASCIMENTO	04/05/92
NOME DA MÃE	MARIA VERACY SANTOS DE SOUZA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.014.108
DATA DO ATENDIMENTO	17/07/17
HORA DO ATENDIMENTO	07:51
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE 2º METACARPO DIREITO
CID 10	S62.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo trauma na mão direita e em cotovelo direito. RX: fratura de 2º metacarpo direito, com desvio. Colocado tala garrafa. Transferência para o Ortotrauma de Mangabeira, para tratamento cirúrgico, conforme pactuação.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de cotovelo direito
RX de mão direita.
RX de punho direito

RESULTADOS DOS EXAMES:

FRATURA DE 2º METACARPO DIREITO

TRATAMENTO:

Imobilização com tala em garrafa e encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira, conforme pactuação.

ALTA HOSPITALAR:	17/07/17
DATA DA EMISSÃO:	16/11/17

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 JAN. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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

38

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 129312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1014108

Identificação do paciente

ID 1160995	Nome DEBORA THAISE SANTOS DE SOUZA			Sexo Feminino
Data de nascimento 04/05/1992	Idade 25 anos 2 meses 13 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA VERACI SANTOS DE SOUZA			Pai SIDNEY SANTOS DE SOUZA	
Escolaridade			Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988836978		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento	Número documento		Nº Cns	
Local de procedência AGUA FRIA			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBO/R	

Endereço

CEP 58051593	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANCÁRIA NEUZA MEIRA
Número SN	Complemento		Bairro BANCÁRIOS

Admissão

Data e Hora 17/07/2017 07:51:11	Número da pulseira 1000004186532		Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica	
Classificação de risco			Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente VEICULO MOTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] TC [ ] Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]

Dados clínicos

Pc vítima de trauma queda de moto queixando-se de dor em região do joelho D S/C

Diagnóstico

Tempo 41seg

Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA

Ismerlânia Duarte Sousa Enfermeira COREN-PB 252.28

Imprimir

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A. PROTOCOLO 25 JAN. 2018 JOÃO PESSOA

19

17/07/2017 07:49

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES: 2778696

Paciente: DEBORA THAISE SANTOS DE SOUZA		BAE: 1014108	Data/Hora Entrada: 17/07/2017 07:51:11	Data Baixa: 2017-07-17 08:38:16.0
Data de nascimento: 04/05/1992	Idade: 25	Sexo: Feminino	CNS:	Telefone de Contato: (83) 998636976
Mãe: MARIA VERACI SANTOS DE SOUZA				Prontuário:
Endereço: BANCÁRIA NEUZA MEIRA, SN		Bairro: BANCÁRIOS	Município: JOAO PESSOA	UF: PB
Acidente: VEICULO X MOTO	Motivo: ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA	Nº Cons. Regional: 6913/PB
Data/Hora Classificação: 17/07/2017 08:38:47			Data/Hora Prescrição: 17/07/2017 08:38:47	

Anamnese

ORTOPEDIA REFERE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA NA MAO E COTOVELO DIR RX FRATURA DE 2 METACARPO COM DESVIO CD TALA GARRAFA TRANSFERENCIA PARA O ORTOTRAUMA

CID10

Código	Descrição
S62.8	Fratura de outras partes e de partes não especificadas do punho e da mão

Conduta

Cuativo / talo gamaf 3 (1)

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário: ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA

Data e Hora: 17/07/2017 08:38:16

Motivo de Alta: ALTA HOSPITALAR

Observações: ENCAMINHADA PARA O ORTOTRAUMA

Dr. Alisson F. F. Vieira
Ortopedia - Traumatologia
CRM-PB 6913 / CRM-PE 17606
SBOT 12614

ALISSON FABIO FERNANDES VIEIRA
(6913/PB)

DEBORA THAISE SANTOS DE SOUZA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
25 JAN. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

20

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

21

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome DEBORA THAISE SANTOS DE SOUZA		
Data de 04/05/1992	Nº Boletim Emergencia 1014108	Prontuario
Material a examinar		

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO
RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

RAIO-X
TIPO: Cotovelo/Punho
DATA: / /
HORA:
TEC. RAD.:

Dr. Carlos Magalhães França
CRM-PB 3792
033 03792

17 de Julho de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

(1) produzir cópias separadas para imagem e laudo para análise clínica

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº	Data Prescrição
DEBORA THAISE SANTOS DE SOUZA	04/05/1992	25	FEMININO	1014108		17/07/2017 08:07:14
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Setor	Posto de Trabalho		Leito		Prescrição válida a: 17/07/2017 08:07:14

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

	Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Aprazamento
1	PARECER ORTO	0.0							

17 de Julho de 2017

Dr. Carlos Magalhães França
CRM-PB 3792
Ortopedista

Assinatura e Carimbo do Profissional

CARLOS MAGALHAES FRANCA
CRM: 3792

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
25 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

AREA VERMELHA
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel:
CNES: 6121221

Paciente DEBORA THAISE SANTOS DE SOUZA		BAE 1014108	Data/Hora Entrada 17/07/2017 07:51:11	Data Baixa
Data de nascimento 04/05/1992	Idade 25	Sexo Feminino	CNS	Telefone de Contato (83) 998836978
Mãe MARIA VERACI SANTOS DE SOUZA				Prontuário
Endereço BANCÁRIA NEUZA MEIRA, SN		Bairro BANCÁRIOS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Profissional CARLOS MAGALHAES FRANCA	Nº Cons. Regional 3792/PB
Data/Hora Classificação 17/07/2017 07:51:11			Data/Hora Prescrição 17/07/2017 08:07:14	

Anamnese

PCT COM QUEIXA DE DORES EM MS DIRIETO POA QUEDA DE MOTO

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COTOVELO DIREITO

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

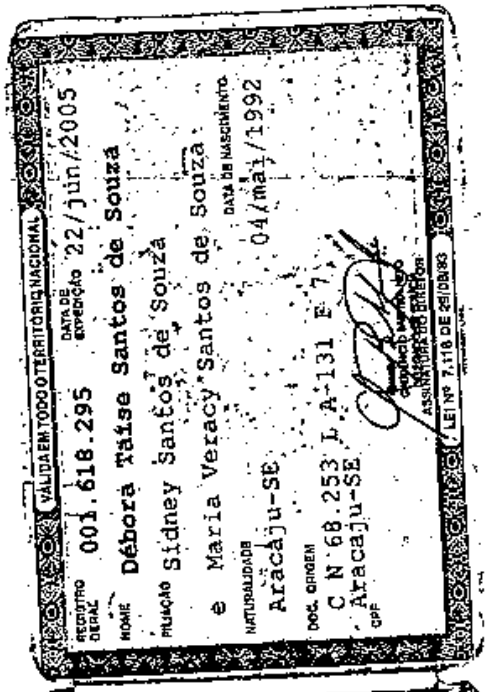
Dr. Carlos Magalhães França
CRM-PB 3792

CARLOS MAGALHAES FRANCA
(3792/PB)

DEBORA THAISE SANTOS DE SOUZA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
COMPREV
25 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

23



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 001.618.295

DATA DE EXPEDIÇÃO 22/jun/2005

NOME Débora Taise Santos de Souza

FILIAÇÃO Sidney Santos de Souza
e Maria Veracy Santos de Souza

DATA DE NASCIMENTO 04/mai/1992

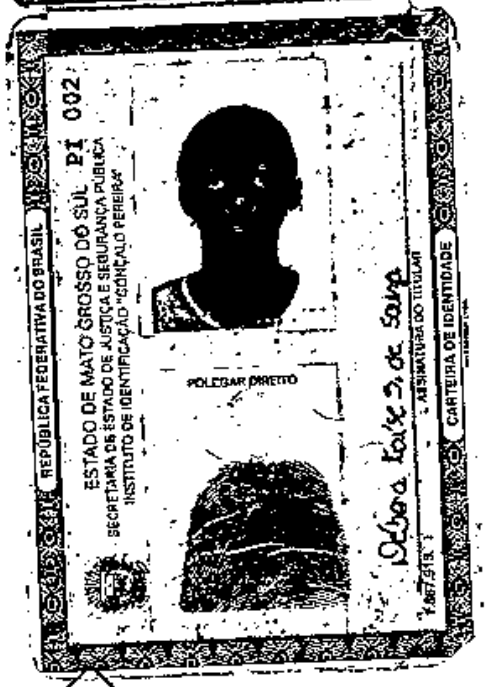
NATURALIDADE Aracaju-SE

DOC. ORIGEM C N 68.253 L A-131 E 7
Aracaju-SE

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIA DE ESTADO DE JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO "CONÇALO PEREIRA"

RG 002

POLEGAR DIREITO

Débora Taise S. de Souza

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Documentos de identificacao

24


ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA
IDENTIDADE DE ADVOGADO
MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA
ANTONIO REIS DE LUCENA
AMALIA GONÇALVES DE LUCENA
JOÃO PESSOA-PB
27/11/1986
2543454 SSP/PB
009.765.364-37
NÃO
01/08/2015
21734


TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 07614026
OAB
Documentos de identificacao


COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

32

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB — Nº 013221967437
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PRI 2017000258770-2

VIA	CÓD. RENAVAM	CHASSI	EXERCÍCIO
	01075840535	00700000000	2016

NOME: CLAUDIONALDO DA SILVA ROMUALDO

CPF/CNPJ: 12046867424 — PLACA: QFT4698/PB

NOVO — ANT/UF: PB — 9C2KD0810GR417479

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC — ALCO/GASOL

HONDA/NXR160 BROS ESDD — ANO FAB. 2015 — ANO MOD. 2016

CAP/PB/162 /CI — CATEGOR. PARTIC — COR PREDOMINANTE BRANCA

IPVA — COTA ÚNICA — 00700000000 — VENC/COTAS 1ª 2ª 3ª — TAXA TRA — PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$) — IOF (R$) — PRÊMIO TOTAL (R$) — DATA DE PAGAMENTO — SEGURO PAGO 31/08/2016

A.F ADM DE CONSORCIO HONDA LTDA

BAYEUX — 07/08/2017

369 — 8290

CONTRAN — DENATRAN

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013221967437 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CLAUDIONALDO DA SILVA ROMUALDO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 — EXERCÍCIO — 07/08/2017 — DATA EMISSÃO

VIA — CLAUDIONALDO DA SILVA ROMUALDO — CPF / CNPJ — PLACA

RENAVAM — MARCA / MODELO

12046867424 — QFT4698/PB

ANO FAB. — ANO MOD. — Nº CHASSI

01075840535 — HONDA/NXR160 BROS ESD

PRÊMIO TARIFÁRIO

2015 (R$) 9 — 9C2KD0810GR417479 — CUSTO DO SEGURO (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$) — SEGURO PAGO — ANO CORRENTE DO SEGURO (R$)

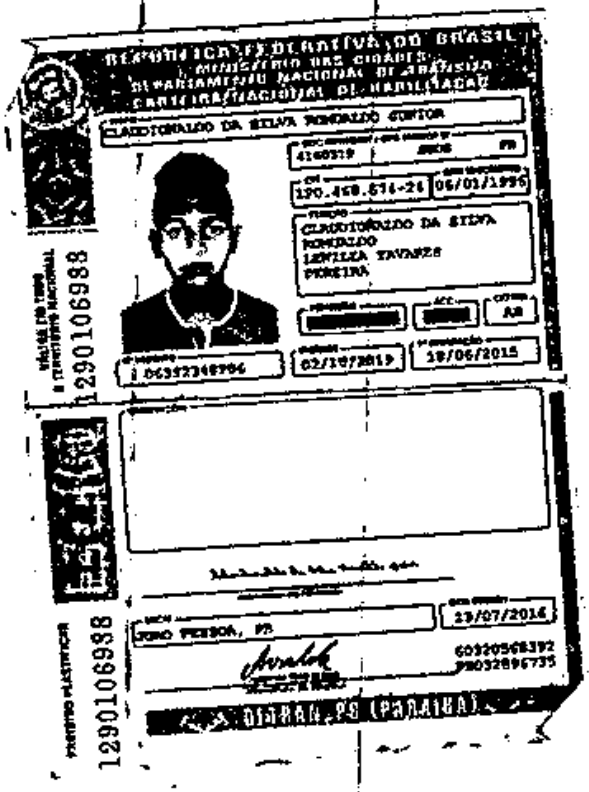
PAGAMENTO — COTA ÚNICA — PARCELADO — DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

8290-1243488-20170807

Outros

Proprietário da motocicleta



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
COMPREV
25 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

26

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180057674 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: DEBORA TAISE SANTOS DE SOUZA **Data do acidente:** 17/07/2017 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/02/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO COTOVELO E NA MAO DIREITA

Resultados terapêuticos: L DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180057674 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: DEBORA TAISE SANTOS DE SOUZA **Data do acidente:** 17/07/2017 **Seguradora:** BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEG

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA MÃO DIREITA (METACARPO).

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA MÃO DIREITA, DEFORMIDADE DO SEGUNDO METACARPO , LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DAS MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHINNER QUE JÁ FOI REMOVIDO. HOUVE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DO SEGUNDO METACARPO, RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DA MÃO DIREITA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

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 uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R$ 2.362,50
		Total	**17,5 %**	**R$ 2.362,50**

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Procuracao

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Débora Taísa Santos de Souza
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Solteira
Profissão: Aux. Financeira
Identidade: 1.618.295 CPF: 035.764.941-92
Endereço: Av. Gilvan Nunes 260, Imaculada, Baiana

OUTORGADO:

Nome: Marcelo Antonio Rodrigues de Souza
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Separado
Profissão: Advogado
Identidade: 21.734.OAB/PB CPF: 009.705.364-37
Endereço: Rua Prof. Oswaldo Miranda Pereira 860, Coab 204

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, além de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT à vítima Débora Taísa Santos de Souza

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
25 JAN. 2018
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

João Pessoa 08/01/2018
Local e data

Débora Souza
Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

33

Cartório Garibaldi
9º Ofício de Notas
Av. Epitácio Pessoa, 2640 Manaíra João Pessoa - Paraíba
Fone: (83) 3243.0377 - Fax: (83) 3245.0903

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de: DEBORA TAISA SANTOS DE SOUZA (1134401). Em testemunho da verdade. João Pessoa-PB 08/01/2018 16:42:
ADRIENE GARIBALDI - Tabellã
VIPs: R$12,10 (Reg) R$1,89 Farpen R$0,28 ISS R$0,47
Operador: ICARO. Selo Digital: AG015429-6700 - Consulte a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/02/2018
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 2.362,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: DEBORA TAISE SANTOS DE SOUZA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 01911
CONTA: 000000041919-0

Nr. da Autenticação 901E7E4AE2A5F666

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 10ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08192801420188152001

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 **DEBORA TAISE SANTOS DE SOUZA**, 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:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente** na monta de **R$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)** , não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado *o quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 9 de dezembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB