Tribunal de Justiça da Paraíba
PJe - Processo Judicial Eletrônico

16/10/2020

Número: **0823127-24.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**
Última distribuição : **27/04/2018**
Valor da causa: **R$ 5.400,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **SIM**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SUETONIO DE SOUZA LUCINDO (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35551486	16/10/2020 11:30	Petição	Petição
35551492	16/10/2020 11:30	2648300_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_01	Outros Documentos
35551497	16/10/2020 11:30	2648300_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_02	Outros Documentos

EM ANEXO

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **SUETONIO DE SOUZA LUCINDO**

Nº Sinistro: **3180035110**
Vitima: **SUETONIO DE SOUZA LUCINDO**
Data do Acidente: **22/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180035110.**

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. 00845/00846 - carta_01 - INVALIDEZ

00020423

Carta nº 12270323

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 25 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **SUETONIO DE SOUZA LUCINDO**

Sinistro: **3180035110**
Vítima: **SUETONIO DE SOUZA LUCINDO**
Data do Acidente: **22/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE EDUARDO 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 3180035110** 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. 00431/00432 - carta_02 - INVALIDEZ
00060216

Carta nº 12289549

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 10 de Fevereiro de 2018

Carta n°: 12373630

A/C: SUETONIO DE SOUZA LUCINDO

Nº Sinistro:	**3180035110**
Vitima:	**SUETONIO DE SOUZA LUCINDO**
Data do Acidente:	**22/08/2017**
Cobertura:	**INVALIDEZ**
Procurador:	**JOSE EDUARDO 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: **SUETONIO DE SOUZA LUCINDO**
Valor: **R$ 1.350,00**
Banco: **104**
Agência: **000000617**
Conta: **000000026413-6**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**1.350,00**

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%
Graduação: Em grau completo 10%
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R$	**1.350,00**

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

Autorização de pagamento

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL:

CPF da Vítima: 110.315.594-69

Nome completo da vítima: Sueltonio de Souza Lucindo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Sueltonio de Souza Lucindo
CPF titular da conta: 110.315.594-69
Profissão: servente
Endereço: Rod. Dist. Curimataú
Número: S/N
Complemento:
Bairro: Distrito Curimataú
Cidade: Pilar
Estado: PB
CEP: 58338-000
Email: 2eduardosilva@hotmail.com
Telefone (DDD): 83- 98663-4900

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.: 0617 D/V: (Informar dígito se existir)
CONTA NRO.: 00026413 D/V: 6 (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome: NRO:
AGÊNCIA NRO.: D/V: (Informar dígito se existir)
CONTA NRO.: D/V: (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.

João Pessoa, 05 de Janeiro de 2018
Local e Data

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

Sueltonio de Souza Lucindo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

17

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

18

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

Nome do(a) Examinado(a): Suetonio de Souza Lucindo
Endereço do(a) Examinado(a): Loc Dist Curimatau, S/N Area Rural
Distrito Curimatau Pilar PB CEP: 58338-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 3891228
Data local do exame: [02/02/2018] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO TERCEIRO PODODACTILO DIREITO.
AO EXAME FÍSICO APRESENTA AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO TERCEIRO PODODACTILO DIREITO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim ( ) Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

EVOLUI COM AUSÊNCIA DO TERCEIRO PODODACTILO DIREITO.
Data da alta: 15/10/2017.
REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REGULARIZAÇÃO DE COTO DE AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO TERCEIRO PODODACTILO DIREITO.
AMPUTAÇÃO DO TERCEIRO PODODACTILO DIREITO.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.

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

(X) Sim ( ) Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO TERCEIRO PODODACTILO DIREITO.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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

( ) "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "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):
3º DEDO DO PÉ - Direito
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa **(X) 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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (*) 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

Declaracão de Inexistencia de In

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
Sinfronio de Souza Lucindo	110.315.594-89	22-08-17

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

João Pessoa PB de Janeiro de 2018
Local e Data

Sinfronio de Souza Lucindo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017

4

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 55041 Atd: Nao Regula
Data: 22/08/2017
Hora: 20:18:22
Recepcionista: LUARA DA SILVA PEREIR
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE
Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2017.08.003421
Nome: SUETONIO DE SOUZA LUCINDO
CNS: 703201611828691 Sexo: M IDENTIDADE: 3891228 Fone: 987575974
Natural: ITABAIANA/PB Data Nasc.: 12/10/1992 Id: 24 ano(s)
End.: DISTRITO CURIMATAU,0
Bairro: ZONA RURAL Cidade: PILAR UF :PB
Mae: MARIA MARGARIDA DE SOUZA LUCINDO Pai: SEVERINO RO RAMO LUCINDO
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Ocupação: SERVENTE DE OBRAS Escolaridade: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: SUETONIO DE SOUZA LUCINDO
Tel/Doc. Responsavel: 987575974 / IDENTIDADE: 3891228
Procedencia: HOSPITAL HOSPITAL PILAR

Comprovacao de ato declaratório

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Vitima de acidente por: COLISAO CARROXMOTO HJ AS 16:00
Vitima de violência por: ENTRE CURIMATAU E PILAR
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco:
PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao
[ ] Hemorragia [ ] Dispineia
[ ] Diarreia [ ] Agitado
[ ] Regular [ ] Chocado
[ ] Vomito
Observacao

Queixa Principal
Encaminhado conforme pactuação.

Enfermeira
COREN 78654

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

3º PROTOCOLO
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
12 JAN. 2018
PROTOCOLO
AO. JOÃO PESSOA

ta e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

toe	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

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

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI

[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

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: 06/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SUETONIO DE SOUZA LUCINDO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000000026413-6

Nr. da Autenticação 8CE1A2DA185E4304

Comprovante de residencia

SEVERINO DO RAMO LUCINDO
LOC DIST CURIMATAU, SN/ DIST CURIMATAU - AREA RURAL
RURAL / PB CEP 58235000 (AG 113)

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av.Dom Pedro II,1964 - João Pessoa / PB - CEP 58017-680
CNPJ 09 095 183 / 0001-40 Insc Est 16 015 823-0

Emissão: 27/11/2017 Referência: Nov / 2017
Classe/Subclasse: RURAL / RURAL RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 16 - 17 - 119 - 1900 Nº medidor: 000085156

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°001 190 968
Cód. para Débito Automático: 000 0444401

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2017	27/11/2017	26/12/2017	45729980434

Insc. Est.:

UC (Unidade Consumidora): 5/1544401-1

Canal de contato

CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL:
CADASTRO BIOMÉTRICO:
A JUSTIÇA ELEITORAL CONVOCA OS ELEITORES QUE AINDA NÃO FIZERAM O CADASTRAMENTO BIOMÉTRICO PARA QUE PROCUREM O CARTÓRIO ELEITORAL OU POSTO DE ATENDIMENTO MAIS PRÓXIMO DA SUA RESIDÊNCIA, ATÉ 30/11/2017 PORTANDO DOCUMENTO OFICIAL COM FOTO, COMPROVANTE DE RESID. DOS ÚLTIMOS 3 MESES E TÍTULO ELEITORAL, SE HOUVER. EM CASO DE DÚVIDAS, CONSULTAR O SITE WWW.TRE-PB.JUS.BR OU LIGAR PARA O FONE 3512-1381.

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
26/10/17	3160	27/11/17	3188	1	9	32

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade Total	Valor Total(R$)	Base Calc. ICMS(R$)	Alíq. ICMS	Icms(R$)	Base Calc Pis/Cofins(R$)	Pis(R$) (1,2329%)	Cofins(R$) (5,6784%)
0501	Custo de Disponibilidade	11,27	0,00	0	0,00	11,22	0,15	0,69	
0601	Adic.B.Vermelha	1,64	0,00	0	0,00	1,54	0,02	0,09	
0610	Subsídio	4,80	0,00	0	0,00	4,80	0,06	0,28	
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0804	JUROS DE MORA 08/2017	0,11	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0804	JUROS DE MORA 10/2017	0,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	MULTA 08/2017	0,18	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	MULTA 10/2017	0,25	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0804	CONP. INDICADOR-CIC TRIMESTRAL 09/2017	-0,12	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0805	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2017	0,02	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
0806	Devolução Subsídio	-4,45	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	
	TOTAL:		13,57	0,00		0,00	17,56	0,20	1,07

CCI: Código de Classificação do Item

Média últimos meses (kWh): 19

VENCIMENTO 04/12/2017

TOTAL A PAGAR R$ 13,57

Histórico de Consumo (kWh)

Out/17	Set/17	Ago/17	Jul/17	Jun/17	Mai/17	Abr/17	Mar/17	Fev/17	Jan/17	Dez/16	Nov/16
7	18	4	1	0	0	0	0	0	41	84	65

e29f.f88c.18b5.2184.77b9.6dd3.0025.c577.

Indicadores de Qualidade 6/2017 - Sazé

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	12,55	4,42
DIC TRIMESTRAL	24,71	
DIC ANUAL	49,42	7,00
FIC MENSAL	7,92	
FIC TRIMESTRAL	15,84	
FIC ANUAL	31,68	2,45
DMIC	6,79	
DICRI	16,80	

Limite de Tensão (V)

NOMINAL	220
CONTRATADA	220
LIMITE INFERIOR	202
LIMITE SUPERIOR	231

Discriminação	Valor (R$)	%
Serviços de Dist da Energia/PB	4,10	26,95
Compra de Energia	5,84	42,29
Serviço de Transmissão	0,62	4,60
Encargos Setoriais	1,14	8,38
Impostos Diretos e Encargos	1,89	13,73
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	13,69	100,00

Valor do EUSD (Ref. 9/2017) R$ 5,52

Faturas em atraso

Ago/17	10,76
Abr/17	10,05

ATENÇÃO

- AVISO. Permanecendo em aviso os "DÉBITOS ANTERIORES", já renovados, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento após o decurso do prazo de 60(noventa) dias, contados da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
Subvenção DEC.T 86/112 R$ 4,45
- Leitura confirmada
Isento ICMS

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

19

Comprovante de residencia

Fatura Mensal

Número do Cartão: 526965XXXXXX3655
Atendimento a Clientes: 40049009
Demais Localidades: 0800 9409009

Vencimento da Fatura	Total da fatura	Pagamento M
28/10/2017	R$ 50,00	R$ 7,50

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá arcar com as taxas e encar apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor mínim encargos em casos de pagamento mínimo até o vencimento R$ 5,44 .
Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017

CTC RECIFE PE PL6
JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA 58
MANAIRA
58038-460 JOAO PESSOA PB

Vencimento: 28/10/2017 Postagem: 17/10/17 Emissão: 13/10/2017

Demonstrativo do Programa de Pontos Caixa

Saldo Disponível	Pontos a Expirar
22276	1230

Encargos

MULTA	2,00 %
MORA	1,00 %
	5,03 %

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/País Valor Original	Valor US$ Cotação	Crédito/Débit
				29
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR			29
28/09	OBRIGADO PELO PAGAMENTO			0
	Subtotal Nacional			
	JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXXX3655			
	Movimentações Nacionais			50
13/10	ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 02/04			50
	Subtotal Nacional			5
	Total Nacional			5
	Total Internacional			
	Total da Fatura			

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

13

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&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 JOSE EDUARDO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sueltonio de Souza Lucena inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.315.594-69 do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima Sueltonio de Souza Lucena inscrito (a) no CPF sob o Nº 110.315.594-69, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Declaracao Circular SUSEP 445/1_

X 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: Av. Manoa Rosa		Número: 58	Complemento: –
Bairro: Manaíra	Cidade: João Pessoa	Estado: PB	CEP: 58038-400
Email: Zeduardosilva@hotmail.com		Telefone comercial (DDD): 83-98663-4900	Telefone celular (DDD): 99342-1170

João Pessoa, 05 de Janeiro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

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

DLDRL.001 V001/2017

JOÃO PESSOA

Complexo Hospitalar MANGABEIRA
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Documentacao medico – hospital

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 22/08/18

Nome: [illegible]
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento __/__/____

QPD: [illegible]

HDA: [illegible]

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

Medicações em uso: Ø

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso ____ Kg em _____ [ ]Prurido [ ]Sudorese [ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe [ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [ ]Dor_____ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise [ ]Dispnéia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema_____ Outros: _____

ABD: [ ]Dor_____ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas [ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume

AGU: [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria [ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: _____

SME: [ ]Dor _____ [ ]Rigidez pós-repouso [ ]Deformidades [ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos

SN e PSQ: [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade _____ [ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [ ]HTF

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banho de Rio [ ]Casa de Taipa _____

[ ]Trauma _____ [ ]Neo _____ [ ]Tabagismo _____

[ ]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____ ♥ _____

Exame Físico:

Peso: _____Kg Altura: _____m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

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

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Fx colunas 3º [illegible], Fx 5º MT Esquerdo

Conduta: Ao Bloco Cirúrgico p/ [illegible]

Complexo Hospitalar MANGABEIRA
GOVERNADOR ORLANDO ROSSITTY

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Sueltonio de Souza Fernandes				Registro:	
Idade:	Sexo: M	Cor: P	Clínica: Ortopedia	EMP:	LR:
Data: 10/8/17	Cirurgião: Rômulo			1° Assistente: Eduardo P.	
2° Assistente:		3° Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: Humberto		Tipo Anestesia: Raquí		Horário: I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
Fx exposta de fêmur	

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
O mesmo	

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)	CÓDIGO
Ttu cirúrgico de fx exposta	

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

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 (X) Não

Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não

Descreva:

EDUARDO NÓBREGA CAMPOS
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8759 CRM-PE 23308

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:
1 (X) Enfermaria 2( ) Terapia Intensiva 3( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico

Complexo Hospitalar MANGABEIRA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: Sueli [illegible] de Souza Lucena | PRONTUÁRIO Nº:

IDADE: | SEXO: | COR: | CLÍNICA: ORTOPEDIA | ENF.: 17 | LEITO: 61

DATA DE ADMISSÃO: 22.08.2017 | DATA DE ALTA: 24.08.2017 | TEMPO DE PERMANÊNCIA: 03 dias.

DIAGNÓSTICO INICIAL: Amputação Traumática 3º Pododactilo Pé D. | CID:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

PRINCIPAIS EXAMES: Rx Pé (D)

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

PROCEDIMENTO REALIZADO: - Nodigrafia limpeza mecânica cirúrgica + regularização do coto

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:

ANATOMIA PATOLÓGICA:

INFECÇÃO F.O. [ ] SIM [X] NÃO | COLETA DE MATERIAL [ ] SIM [X] NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA:

CONDIÇÕES DE ALTA: [X] MELHORADO | [ ] REMOVIDO | [ ] A PEDIDO | [ ] CURADO | [ ] ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
Paciente apresenta Amputação Traumática 3º PAD.
Foi realizado limpeza mecânica cirúrgica + regularização do coto

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre

REPOUSO: Relativo em casa por 30 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 45 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Levá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Cefalexina 500 mg

RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do Dr. Ramalho em 30 dias para revisão.

22.08.2017
DATA

Dr. Lucas P. Bessa Neto
MÉDICO
CRM PB 8598
ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

8

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo: I) DDH + Rigui
II) L.M.C C/ S.F-G.I. / Velho
III) Anestesia + Antisepsia
IV) Posição de campos estéreos
o III Pododactilo não apresentando condições

Incisão: de reparação de perda extensa de substância, amputação traumática do III pododactilo direito
redução reparação do coto. Hemostasia

Achados: Fechamento de ferida cirúrgica por planos anatômicos + curativo e imobilização do - Pé Direito.

Conduta:

Dr. Rômulo Soares de Castro
033.002683 / CRM-PB 2833
CPF: 481.533.594-68

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

Fechamento:

OBS:

Data: 22/08/16

Eduardo Nóbrega Campos
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRM-PE 23368

MÉDICO/CRM

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PILAR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

GUIA DE ENCAMINHAMENTO

Nome: [illegible] Idade: [illegible] Sexo: M
Endereço: [illegible] Telefone p/Contato:

Procedência do Paciente: [illegible]
Motivo do Encaminhamento: [illegible]

PA: Pulso: Temperatura:

Medicação Realizada:
a) [illegible]
b)
c)
d)

Histórico Clínico

[illegible]

Pilar – PB, [illegible]/2017

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

Ass. do(a) Médico(a) Responsável / Carimbo

Ass. do(a) Enfermeiro(a) de Plantão

Rua Anísio Pereira Borges, S/N – Centro – Pilar-PB – CEP: 58.338-000
Tel.: (83) 98695 8331

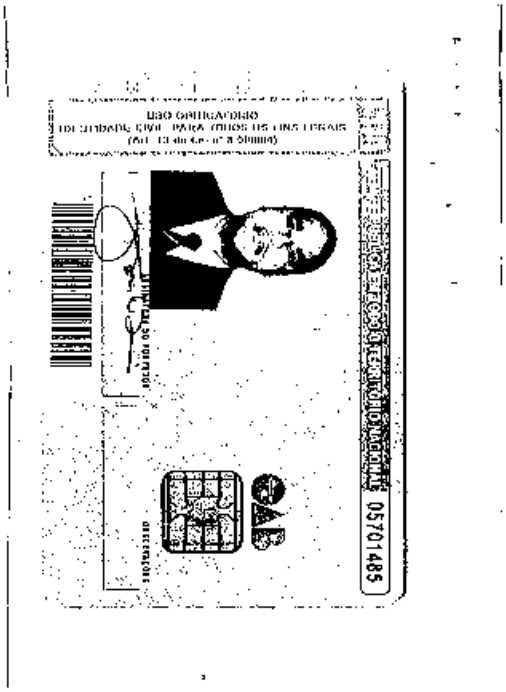
10

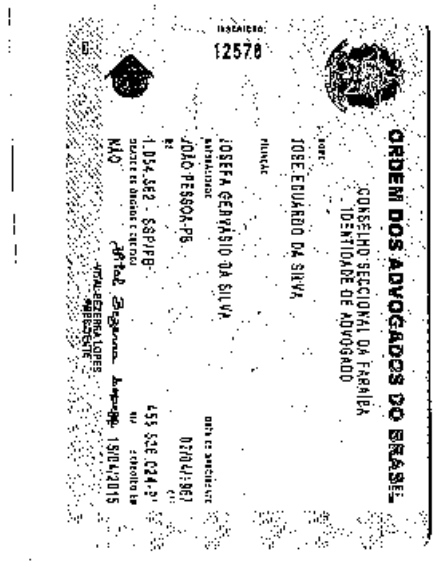
Documentos de identificacao

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

11

Documentos de identificacao





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

15

12

OUT

LACRE 0039163309

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº. 013027236422

VIA	CÓD. RENAVAM	CHASSI	EXERCÍCIO
1	00921213905	9C2KC08107R061428	2016

PRT 20170300002354-7

NOME: SUETONIO DE SOUZA LUCINDO

CPF / CNPJ	PLACA
11031559469	MOV0268/PB

PLACA ANT / UF	CHASSI
NOVO PB	9C2KC08107R061428

COR OU TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	GASOLINA

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN KS	2006	2007

CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2 P/149 /CI	PARTIC	PRETA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
	00/00/0000	1ª
FAIXA I.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2ª
******	0	3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
********	SEGURO P A G O		31/08/2016

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO
0

LOCAL	DATA
PILAR-PB	06/03/2017

36633 40533

Agente Vistoriador Maria da Cruz
Diretor Operacional - DETRAN-PB

CONTRAN

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 013027236422 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2016	06/03/2017

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	11031559469	MOV0268/PB

RENAVAM	MARCA / MODELO
00921213905	HONDA/CG 150 TITAN KS

ANO FAB.	CAT. TAR.	Nº CHASSI
2006	9	9C2KC08107R061428

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$)	DENATRAN (R$)	CUSTO DO SEGURO (R$)
******	******	******

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	DATA DE PAGAMENTO
******	SEGURO P A G O	

PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
S COTA ÚNICA	PARCELADO	31/08/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

40533-1119577-20170306

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180035110 **Cidade:** Pilar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUETONIO DE SOUZA LUCINDO **Data do acidente:** 22/08/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/01/2018
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: TRAUMA EM PÉ DIREITO
Resultados terapêuticos: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA EM 3º PODODÁCTILO
Sequelas permanentes: PERDA ANATÔMICA 3º PODODÁCTILO
Sequelas: Com sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas: 3º PODODÁCTILO 1005
Documentos complementares:
Observações:

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
Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R$ 1.350,00
		Total	**10 %**	**R$ 1.350,00**

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: JOSE ARTUR FIALHO AMORIM
CRM do médico: 52.31474-2
UF do CRM do médico: RJ
Assinatura do médico:

Procuracao

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:
Antonio de Souza Lucindo,
brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão servente, CI RG nº 3891228,
CPF/MF nº 110315594-69, residente e domiciliado(a) à Rua loc Dist Cuimatau, sem nº, Distrito Cuimatau,
Cidade de Pilar, Estado Paraiba, CEP: 58338-000, telefone 83-98663-4900, 99342-1170.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE 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, ter informações e acompanhar pericias necessárias 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.

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA
12 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 05 de Janeiro de 2018.

CARTORIO
VIEIRA BATISTA

Antonio de Souza Lucindo
OUTORGANTE

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Ricardo Vieira Batista - Tabelião / Bel. Rodrigo Vieira Batista - Substituto
Rua Elias Fausto de Araújo, 40 - Manaíra - João Pessoa - PB - CEP 58038-150 - Telefone: (83) 2246-1657
Reconheco, como autentica a verdadeira a(s) firma(s) de: ANTONIO DE SOUZA LUCINDO
Em testeo verdade. João Pessoa-PB, 05/01/2018
Fabio Roberto C. Batista - ESCREVENTE AUTORIZADO
SELO DIGITAL: AA664196-TJPB
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br
2º OFÍCIO
VIEIRA BATISTA

16

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180035110 **Cidade:** Pilar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SUETONIO DE SOUZA LUCINDO **Data do acidente:** 22/08/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO TERCEIRO PODODÁCTILO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO APRESENTA AMPUTAÇÃO TRAUMÁTICA DO TERCEIRO PODODACTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TERCEIRO PODODACTILO DIREITO.
AMPUTAÇÃO DO TERCEIRO PODODÁCTILO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL TOTAL DO 3°DEDO DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/02/2018

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R$ 1.350,00
		Total	**10 %**	**R$ 1.350,00**

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08231272420188152001

BRADESCO SEGUROS 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 **SUETONIO DE SOUZA LUCINDO**, 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:

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

Antes de expor seus argumentos quanto a perícia médica realizada na parte autora, vem informar a este juízo que diferentemente do que foi alegado, observando-se a documentação acostada, verificar-se que o autor não se encontra na situação prevista no Art.7º da Lei 6194/74, isto porque, o pedido do seguro DPVAT, refere-se ao veículo placa **MOV0268**, de propriedade da parte autora.

OCORRE QUE O AUTOR, NÃO PAGOU O PRÊMIO DO SEGURO, ESTANDO O VEÍCULO EM SITUAÇÃO IRREGULAR PELO NÃO PAGAMENTO DO SEGURO OBRIGATÓRIO À ÉPOCA DO SINISTRO. PERCEBA EXA., QUE A PARTE AUTORA NÃO PROMOVEU COM O PAGAMENTO REFERENTE AO ANO CIVIL DE 2017, ANO DO ACIDENTE, VEJAMOS:

Seguro DPVAT

Consulta a Pagamentos Efetuados

ACESSIBILIDADE

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas
Documentos Invalidez Permanente

Sua busca por placa: MOV0268 UF: PB CATEGORIA: 09*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
+	2016	R$292,01	Quitado	
+	2015	R$292,01	Quitado	
+	2013	R$292,01	Quitado	
+	2012	R$279,27	Quitado	
+	2011	R$279,27	Quitado	
+	2010	R$255,14	Quitado	

Assim, tratando-se o requerente do proprietário do veículo que ensejou a lesão, não tendo este comprovado o pagamento do prêmio, não tem direito à cobertura securitária.

No caso trazido à baila, conforme se extrai da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Assim, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.

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$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta 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.

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,

JOAO PESSOA, 14 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB