



Número: **0828707-69.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/06/2017**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ISRAEL COSMO SILVA GOMES (AUTOR)		LIDIANI MARTINS NUNES (ADVOGADO)	
MAPFRE (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
40322 253	08/03/2021 10:48	<a href="#">Petição</a>	Petição
40322 256	08/03/2021 10:48	<a href="#">2651878_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
40322 257	08/03/2021 10:48	<a href="#">2651878_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180564876

Vítima: ISRAEL COSMO SILVA GOMES

Data do Acidente: 19/10/2013

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ISRAEL COSMO SILVA GOMES**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência ilegível. o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Boletim de ocorrência não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Comprovação de ato declaratório não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

DUT não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

Documentos de identificação ilegível. o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01055/01056 - carta\_03 - INVALIDEZ

00060528



Carta nº 13686250



Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **ISRAEL COSMO SILVA GOMES**

Nº Sinistro: **3180564876**

Vítima: **ISRAEL COSMO SILVA GOMES**

Data do Acidente: **19/10/2013**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180564876**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13686856

Pag. 00999/01000 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3180564876**

**Vítima: ISRAEL COSMO SILVA GOMES**

**Data do Acidente: 19/10/2013**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), ISRAEL COSMO SILVA GOMES**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

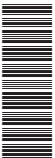
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00917/00918 - carta\_16 - INVALIDEZ

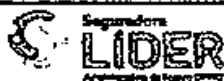
00030459



Carta nº 14410594



Autorização de pagamento



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Eufrasio Gomes Silva Gomes  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3282508 EXPEDIDO POR SS PB EM 19/08/09  
 CPF 300442404-00 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO \_\_\_\_\_  
 E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA \_\_\_\_\_, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoais, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funções;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISEDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner e escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com info de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 010225-2

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

João Pessoa 07 de Novembro de 2018 Eufrasio Gomes Silva Gomes  
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO







SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
GERENCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA  
DELEGACIA MUNICIPAL DE POLÍCIA CIVIL DE RIO TINTO

## CERTIDÃO DE OCORRENCIA POLICIAL Nº 448/2013

### NATUREZA: ACIDENTE DE VEICULO (MOTO)

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial as ocorrências policiais acontecidas na área circunscricional desta Delegacia de Polícia, encontrei o registro da Ocorrência Policial nº 448/2013, cujo teor pessoa transcrever na íntegra: Aos 19/11/2013, nesta cidade de Rio Tinto, estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Local, presente a autoridade policial Alberto Jorge Diniz e Silva, Delegado Titular, e comigo, escrivão de polícia, aí por volta das 11:59 horas, **COMPARECEU: ISRAEL COSMO SILVA GOMES**, brasileiro, solteiro, natural de Rio Tinto/PB, com 20 anos de idade (11/02/1993), RG 3.782.508 SSP/PB, filho de Moises Gomes Filho e de Maria Eline da Silva Gomes, residente no Rua Santa Rita, 879 – Centro – Rio Tinto/PB – (83) 8728 3909. Fez o seguinte registro: QUE no dia 19/10/2013, por volta das 15h30 min conduzia a motocicleta marca modelo YAMAHA XTZ 125 E COR AZUL ANO MODELO 2003 DE PLACA MNO 2192 PB e CHASSI 9C6KE037030003747 vindo da cidade de Baía da Traição com destino a esta cidade e quando trafegava nas proximidades da cidade de Marcação passando por uns buracos na PB 041 perdeu o controle da referida moto, caindo ao solo; Que devido a queda sofreu fratura no antebraço esquerdo, sendo socorrido para o Hospital desta cidade e em seguida transferido para o CLINOR na cidade de João Pessoa/PB. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou FÉ.

Rio Tinto (PB), 19 de novembro de 2013.

NOTICIANTE X Israel Cosmo Silva Gomes

Francisco das Córdula  
Escrivão de Polícia Civil  
Matrícula 155.973-7

REGISTRO CORRIGIDO - DOCUMENTO NÃO	
INFORME	
<input checked="" type="checkbox"/> RG ( )	<input type="checkbox"/> Médicas em cópias
<input type="checkbox"/> Cópia	<input type="checkbox"/> Simples
<input type="checkbox"/> Cópia	<input type="checkbox"/> Simples
<input type="checkbox"/> Cópia	<input type="checkbox"/> Simples
Solicitar documento para	
Regulamento	
Segurança	
OPVAT	

SERVIDOR LIDER 0202 07-NOV-2013 15:26 518548 14







DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Israel Lemos Silva Gomes, portador da carteira de identidade nº 2.782.598 e inscrito no CPF/MF sob o nº 111.111.111-80, residente e domiciliado na Rua Santo V. 879 Centro, Cidade Rio de Janeiro, Estado RJ, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Israel Lemos Silva Gomes

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

João Pessoa 07.11.2018

Local e data



comprovante de residência



### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Israel Gomes Silva Gama

RG nº 3.382.508, data de expedição 29/08/13 Órgão SSPB

CPF nº 102.142.414-82, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

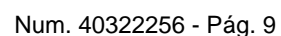
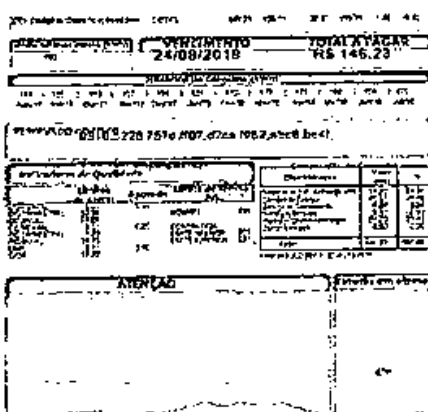
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Santa Rita</u>
Número	<u>879</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>centro</u>
Cidade	<u>Rio Tinto</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58207-000</u>
Telefone de Contato	<u>83-32196-3652 ou 98228-3909</u>
E-mail	

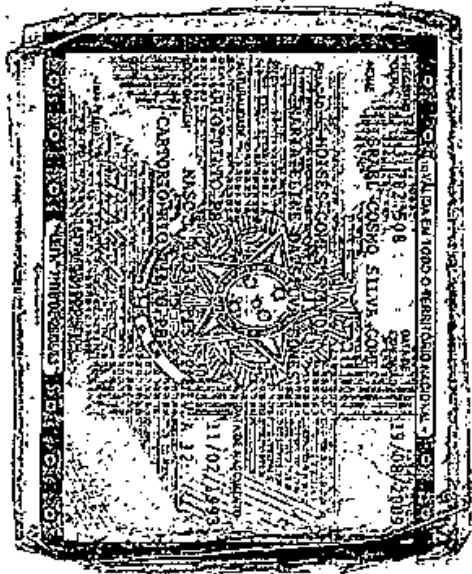
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: P. 07.11.2018

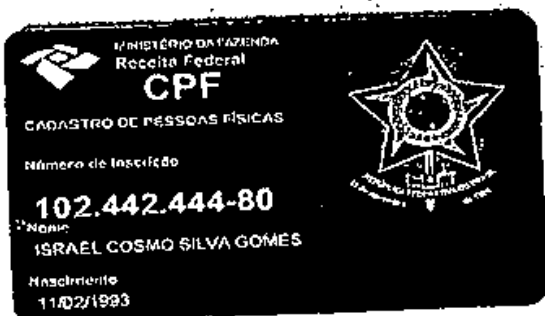
Assinatura do Declarante: Israel Gomes Silva Gama








Documento de Identificação



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434207/18

Vítima: ISRAEL COSMO SILVA GOMES

CPF: 102.442.444-80

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 19/10/2013

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ISRAEL COSMO SILVA  
GOMES

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

ISRAEL COSMO SILVA GOMES 102.442.444-80

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

Unicos



### ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/11/2018  
Nome: ISRAEL COSMO SILVA GOMES  
CPF: 102.442.444-80

ISRAEL COSMO SILVA GOMES

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2018  
Nome: Karen Souza da Motta Rocha  
CPF: 131.046.337-97

Karen Souza da Motta Rocha





SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



<b>COBERTURA SOLICITADA</b>	
<input type="checkbox"/> MORTE	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE
<input type="checkbox"/> DAMS	
VITIMA <u>Israel Casiano de Oliveira Gomes</u>	
DATA DO ACIDENTE <u>01/11/13</u> POSSUI CPF/INM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> NÃO IN CPF <u>10244244</u>	
PARA VITIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS	
<input type="checkbox"/> Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)	
<input type="checkbox"/> CPF do Representante Legal (cópia simples)	
<input type="checkbox"/> Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).	
<b>INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b>	
<input type="checkbox"/> Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.	
<input type="checkbox"/> Para acompanhar o pedido de indenização, acesse <a href="http://www.dpvatsegurodotransito.com.br">www.dpvatsegurodotransito.com.br</a> ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.	
<input type="checkbox"/> Todos os documentos devem estar legíveis	
<b>DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
<input checked="" type="checkbox"/> Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)	
<input type="checkbox"/> Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário	
<input checked="" type="checkbox"/> Laudo de Invalides do INM - original ou cópia autenticada <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
<input checked="" type="checkbox"/> Declaração de Ausência de Laudo do INM (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do INM.	
<input type="checkbox"/> Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário	
<input checked="" type="checkbox"/> Documento de identificação da vítima (cópia simples)	
<input checked="" type="checkbox"/> CPF da vítima (cópia simples)	
<input checked="" type="checkbox"/> Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)	
<input checked="" type="checkbox"/> Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)	
<b>DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS</b>	
<input type="checkbox"/> Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)	
<input type="checkbox"/> Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário	
<input type="checkbox"/> Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)	
<input type="checkbox"/> Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário	
<input type="checkbox"/> Documento de identificação da vítima (cópia simples)	
<input type="checkbox"/> CPF da vítima (cópia simples)	
<input type="checkbox"/> Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)	
<input type="checkbox"/> Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)	
<b>DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE</b>	
<input type="checkbox"/> Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário	
<input type="checkbox"/> Documento de identificação da vítima (cópia simples)	
<input type="checkbox"/> CPF da vítima (cópia simples)	
<input type="checkbox"/> Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)	
<input type="checkbox"/> CPF de todos os beneficiários (cópia simples)	
<input type="checkbox"/> Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).	
<input type="checkbox"/> Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)	
<input type="checkbox"/> Laudo Cadavérico (INM) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
<b>DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE</b>	
<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)	
<input type="checkbox"/> Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)	
<input type="checkbox"/> Declaração de Cônjuge (original)	
<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)	
<input type="checkbox"/> Prova de convivência junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)	
<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)	
<input type="checkbox"/> Prova de convivência junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)	
<input type="checkbox"/> Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)	
<input type="checkbox"/> Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge	
<input type="checkbox"/> Termo de Conciliação (original), assinado pelo(s) companheiro(a), e o cônjuge	
<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHOS) OU NETO(A)	
<input type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros (original)	
<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)	
<input type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros (original)	
<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))	
<input type="checkbox"/> Declaração de Únicos Herdeiros (original)	
<input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)	
<input type="checkbox"/> Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)	
<input type="checkbox"/> Outros Documentos apresentados:	
<b>PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO</b>	
Portador da documentação (Nome) <u>Israel Casiano de Oliveira Gomes</u>	
Quem é o portador? <u>Portador</u> <input type="checkbox"/> Beneficiário <input type="checkbox"/> Representante Legal - CPF do portador <u>10244244</u>	
E-mail <u>071118</u>	
Data <u>27/11/18</u> Assinatura <u>Israel Casiano de Oliveira Gomes</u>	
<b>RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO</b>	
Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) <u>CC Central JPA</u>	
Atendente <u>Helena Casiano de Oliveira</u>	
Mat. <u>8.477.693-5</u>	
Data <u>27/11/18</u> Assinatura <u>Helena Casiano de Oliveira</u>	
Quelbra de Caixa RP	



Seguro  
**DPVAT**  
Seguradora Líder

**SERVIÇO GRATUITO  
AO BENEFICIÁRIO**  
POSTAGEM CUSTEADA PELA  
SEGURADORA LÍDER - DPVAT

Scanned by CamScanner

**PEDIDO DE SEGURO DPVAT**

site: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

AC DPVAT 0800 022 12 04



Associação Brasileira de Seguros



Associação Brasileira de Seguros



Associação Brasileira de Seguros

NOME DO SEGURO		TELEFONE / E-MAIL	
R-8ta Rita, 879. Centro		V3192323909	
CÓDIGO		UF	
00000000000000000000		RJ	
R-8ta Rita, 879. Centro		RJ	



DESCRIÇÃO DO SEGURO	
<input type="checkbox"/> SEGURO DE FURTO	<input type="checkbox"/> SEGURO DE INCÊNDIO
<input type="checkbox"/> SEGURO DE VANDALISMO	<input type="checkbox"/> SEGURO DE QUAQUILHO
<input type="checkbox"/> SEGURO DE FURTO COM INCÊNDIO	<input type="checkbox"/> SEGURO DE FURTO COM VANDALISMO
TENTATIVAS DE FURTO (seu número de tentativas)	
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
Inscrição registrada para proteção de bens	
Inscrição em nome de: _____	
Data: ____/____/____	





Scanned by CamScanner



**SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO**  
**POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

DESTINATÁRIO/Endereço		TELEFONE (Phone number)	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		SAC DPVAT (3000 0221204)	
ENDEREÇO / Address			
RUA SENADOR DANTAS, Nº 74, 15º ANDAR - CENTRO			
CEP		Cidade	UF País
20031-205		RIO DE JANEIRO	RJ BRASIL




RPC





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413167/18

Vítima: ISRAEL COSMO SILVA GOMES

CPF: 102.442.444-80

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ISRAEL COSMO SILVA  
GOMES

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

ISRAEL COSMO SILVA GOMES : 102.442.444-80

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de cancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 13/11/2018  
Nome: ISRAEL COSMO SILVA GOMES  
CPF: 102.442.444-80

ISRAEL COSMO SILVA GOMES

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2018  
Nome: Karen Souza da Motta Rocha  
CPF: 131.046.337-97

Karen Souza da Motta Rocha



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434207/18

**Vítima:** ISRAEL COSMO SILVA GOMES

**CPF:** 102.442.444-80

**Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

**Data do acidente:** 19/10/2013

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ISRAEL COSMO SILVA GOMES

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**ISRAEL COSMO SILVA GOMES : 102.442.444-80**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/11/2018  
Nome: ISRAEL COSMO SILVA GOMES  
CPF: 102.442.444-80

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2018  
Nome: Karen Souza da Motta Rocha  
CPF: 131.046.337-97

ISRAEL COSMO SILVA GOMES

Karen Souza da Motta Rocha





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 17ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

AUSÊNCIA DE COBERTURA

INCIDENTE DE PRESCRIÇÃO:

DATA LIMITE DO AJUIZAMENTO: 09/05/2017

DATA DO AJUIZAMENTO: 09/06/2017

Processo n.º 08287076920178152001

**MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA 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 **ISRAEL COSMO SILVA GOMES**, 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:

#### QUESTÃO PREJUDICIAL DE MÉRITO

##### DA PRESCRIÇÃO

Exa., há ocorrência da prescrição em **09/05/2017**, tendo em vista que o sinistro ocorreu em **19/10/2013** e a ação proposta anteriormente relacionada ao sinistro em questão transitou em julgado em **09/05/2014**, e que, segundo dispõe o art. 206, § 3º, ix do código civil c/c a súmula 405 do STJ, a pretensão de cobrança de indenização relativa ao seguro obrigatório DPVAT prescreve em três anos, sendo a presente ação distribuída em **09/06/2017**.

Desta forma, a presente ação deverá ser julgada improcedente.

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



## **DA CIÊNCIA INEQUÍVOCA – DISTORÇÃO DA APLICAÇÃO DA SÚMULA 278 DO STJ**

Não assiste razão a parte Autora na tentativa de adequar seu caso à hipótese de afastamento da prescrição em razão da aplicação da súmula 278 do STJ, visto que, em situação diametralmente oposta do que é alegado, percebe-se pelos documentos dos autos que a vítima não submeteu-se a tratamento permanente e contínuo com vistas a recuperação da lesão acometida em virtude do acidente.

Corroborando com o alegado, somente são juntados na exordial documentos médicos da época em que o mesmo sofreu acidente, deixando de acostar laudos que comprovem que este ficou em tratamento contínuo até a suposta ciência inequívoca do caráter permanente da invalidez<sup>1</sup>.

Imperioso ressaltar que o simples fato da parte Autora se submeter a uma nova perícia, não pode dar ensejo à renovação do prazo prescricional, sob pena de esvaziar o instituto da prescrição, tornando a ação de cobrança de seguro DPVAT, imprescritível, mormente por se tratar de um seguro cuja uma das coberturas é a invalidez **permanente**.

Forçoso assinalar que a simples alegação de que a “ciência inequívoca” se deu tanto tempo após o fato, abrirá precedentes para que, qualquer indivíduo ajuíze demandas no judiciário com sua pretensão prescrita, bastando apresentar um novo laudo do IML, alegando que sua ciência se deu nesta data.

Ademais, não é crível nem verossímil que, após ter sofrido um acidente que resultou graves lesões e sequelas permanentes, conforme alega o Requerente, após o decurso de tanto tempo é que tenha se dado conta do verdadeiro efeito das lesões sofridas e suas consequências.

Diante do exposto, e por tudo mais que dos autos consta, irremediável a não aplicação da súmula 278 do STJ, por ser razão da mais lúdima justiça!

## **DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA**

### **DA AUSÊNCIA DE BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO**

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

**A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial diante da ausência do boletim de atendimento médico.**

**Ressalta-se a importância da juntada dos documentos médicos já que é através deles que se confirmará a existência das lesões sofridas pela vítima, de modo que sua ausência impossibilita a apuração do nexo de causalidade.**

Portanto, para que não pare qualquer dúvida sobre a veracidade dos fatos narrados na exordial, bem como autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício ao Hospital onde foi prestado o primeiro atendimento, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

<sup>1</sup>STJ, A.I nº 1.375.362 – MT, Relator Ministro Raul Araújo, julgamento 30/11/2011 “RECURSO DE APELAÇÃO - DECISÃO MONOCRÁTICA - RECONHECIMENTO DE PRESCRIÇÃO – SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) - SÚMULA Nº 405 DO STJ - PRAZO DE 03 (TRÊS) ANOS ART. 206, § 3º, IX, DO CC/2002 - SÚMULA Nº 297 DO STJ - INAPLICABILIDADE NO CASO CONCRETO - PRESCRIÇÃO OCORRIDA ANTES DO INÍCIO DE QUALQUER EXAME PERICIAL - IMPOSSIBILIDADE DA PRESCRIÇÃO FICAR DEPENDENTE DE AÇÃO POTESTATIVA DA VÍTIMA – VONTADE DE SE SUBMETTER OU NÃO AO EXAME – RECURSO CONHECIDO E PROVIDO.”



### **DA AUSÊNCIA DE NEXO DE CAUSALIDADE**

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito.**

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Portanto, no que pese o laudo pericial atestar a existência de invalidez permanente, quantificando-a, o mesmo não se presta a comprovar cabalmente nexo de causalidade entre as lesões e um acidente automotor. Perceba que toda documentação carreada aos autos, apontam no sentido da ausência de correspondência entre o dano suportado e um sinistro de trânsito.

**RESSALTA-SE A IMPORTÂNCIA DA JUNTADA DOS DOCUMENTOS MÉDICOS JÁ QUE É ATRAVÉS DELES QUE SE CONFIRMARÁ A EXISTÊNCIA DAS LESÕES SOFRIDAS PELA VÍTIMA, DE MODO QUE SUA AUSÊNCIA IMPOSSIBILITA A APURAÇÃO DO NEXO DE CAUSALIDADE.**

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 4 de março de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/03/2021 10:48:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030810483386100000038408980>  
Número do documento: 21030810483386100000038408980