



Número: **0852128-20.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE CELIO DE OLIVEIRA (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39089 813	04/02/2021 11:57	<u>Petição</u>	Petição
39089 817	04/02/2021 11:57	<u>2652742_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
39089 821	04/02/2021 11:57	<u>2652742_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:56:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020411565967500000037262908>
Número do documento: 21020411565967500000037262908

Num. 39089813 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190143689

Vítima: JOSE CELIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 18/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CELIO DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13970177

Pag. 01421/01422 - carta_01 - INVALIDEZ



00020711





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 12 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190143689

Vítima: JOSE CELIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 18/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE CELIO DE OLIVEIRA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 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

Recebedor: JOSE CELIO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 00000104935-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	03025567457	José Celio de Oliveira	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Name completo:	Profissão:	Endereço:	CPF:
José Celio de Oliveira	Agricultor	Rua Nascimenta Silva	03025567457
Bairro:	Cidade:	Estado:	Número: 30 Complemento:
Serafandia	Santa Rita	PB	CEP: 58300-000
E-mail:	Tel (DDD):		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CóPIA].

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:
 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 SEM RENDA R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3914

CONTA: 001 04935 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que **[assinalar uma das opções]:**

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(* Assinatura de quem assina A RODO

* José Celio de Oliveira

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: **COMPREV**
 CPF: **COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**

2º | Nome: **PROTÓCOLO**
 CPF: **AG. JOÃO PESSOA**

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, À SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional da Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01531.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01531.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:46 horas do dia 07 de fevereiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouveia Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Inácio da Silva Neto, Agente de Investigacao, matrícula 1273345, ao final assinado, compareceu **José Celio de Oliveira**, CPF nº 030.255.674-57, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Luzia Raimunda de Oliveira e Pai Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 05/04/1973 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nascimento Silva, Nº 30, bairro Lerolândia, tendo como ponto de referência Proximo a Japungu, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 99158-5447.

Dados do(s) Fatos:

Local: Proximo a Destilaria Japungu, Santa Rita/PB, bairro Lerolândia; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 18/08/18 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que foi vítima de acidente automobilístico no dia 18/08/2018, às 06h30min quando estava indo para trabalhar na agricultura, dirigindo a moto HONDA/CG125 FAN ES, ANO/MOD 2014, COM PLACA QFB3265/PB, CHASSI. 9C2JC4120ER033286, a corrente da citada moto quebrou, e caiu ao solo, foi socorrido por uma pessoa que faz alternativo para o hospital de trauma Tarcisio Burity, la chegando por volta das 08h45min, foi submetido a exame de imagem, que evidenciou fratura de ossos da perna direita, CID - S82.0 e foi feita cirurgia no dia 30/08/2018, com alta medica no dia 01/09/2019.

ADENDO(S):

Que na data 07/02/2019, à(s) 13:20 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouveia Neiva Almeida, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE O PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN ES, ANO/MOD 2014, DE PLACA QFB3265/PB, DE CHASSI 9C2JC4120ER033286 É GILVANILSON INACIO DA SILVA.. Adendo registrado por: Rochelle Bezerra Rocha, Agente de Investigacao, matrícula: 1820354.

Sendo o que havia a constar, científicado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepto a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

**COMPREV
COMPRA SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**

18 FEV. 2019

**PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

cláudia

Procedimento Policial: 01531.01.2019.1.00.401

1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:57:00

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020411570022700000037262912>

Número do documento: 21020411570022700000037262912

Num. 39089817 - Pág. 4

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

ROCHELLE BEZERRA ROCHA
Agente de Investigação

2^a DSPC

João Pessoa/PB, 07 de fevereiro de 2019.

José Celio de Oliveira

JOSÉ CELIO DE OLIVEIRA

Noticiante



Procedimento Policial: 01531.01.2019.1.00.401

2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:57:00

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102041157002270000037262912>

Número do documento: 2102041157002270000037262912

Num. 39089817 - Pág. 5



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	03025567457	José Celio de Oliveira	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Name completo:	Profissão:	Endereço:	CPF:
José Celio de Oliveira	Agricultor	Rua Nascimenta Silva	03025567457
Bairro:	Cidade:	Estado:	Número: 30 Complemento:
Serafandia	Santa Rita	PB	CEP: 58300-000
E-mail:	Tel (DDD):		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo [ANEXAR CóPIA].

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3914

CONTA: 001 04935 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que **[assinalar uma das opções]**:

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(* Assinatura de quem assina A RODO

* José Celio de Oliveira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: **COMPREV**
CPF: **COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**

18 de setembro de 2019

2º | Nome: **PROTOCOLO**
CPF: **AG. JOÃO PESSOA**

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, À SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

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

Ficha Nr: 155102 Atd: Nao Regul:
Data: 18/08/2018
Hora: 08:54:21
Recepção: CLEBIA FERREIRA RODR.
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE
Nome: JOSE CELIO DE OLIVEIRA Num. de vezes atendido: 1
CNS: 898002754900537 Sexo: M OUTROS: 702366 RESERVISTA Fone: 988064909
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 05/04/1973 Id: 45 ano(s)
End.: RUA NASCIMENTO SILVA,30
Bairro: CENTRO Cidade: SANTA RITA UF :PB
Mae: LUZIA RAIMUNDA DE OLIVEIRA Pai: NAO DECLARADO
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: OPERADOR DE MAQUINA NAO ESPECIFICADA Estado Civil: CASADO (A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: FILHO- JARDELSON
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RESIDENCIA

Tipo de transporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Vitima de acidente por: CAIU DA MOTO SOZINHO
Vitima de violência por: NAO
[] Caso Policial

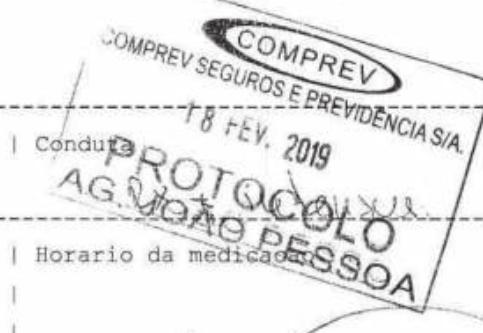
PRE-CONSULTA CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
Glicemia: IMC: [] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado
[] Vomito
Queixa Principal Observacao
QUEIXA DE MOTO APRESENTA TRAUMA EM MID E MSE

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Diagnóstico

Excesso de peso

Prescrição



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Médicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

A. J. P. de Souza Felix - D. J. Oliveira

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: 01/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CELIO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000104935-0

Nr. da Autenticação 0FA2D4DE88DC266F



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:57:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102041157002270000037262912>
Número do documento: 2102041157002270000037262912

Num. 39089817 - Pág. 9

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA ADONTE FIDOSA COSTA QUARTE, 157 / SALA 08 - MANGABEIRA
JOAO PESSOA/PB CEP: 58056394 (AG: 1)

Emissão: 21/01/2019 Referência: Jan/2019
Classe/Séries: COMERCIAL / COMERCIAL MONOFÁSICO
Roteiro: 12 - 5 - 292 - 450 N°medida: 000009957525
Endereço: Rua Adonte Fidosa Costa Quarte, 157, Mangabeira, João Pessoa, PB, 58056394
CNPJ: 209.06183.0001-43 Inscrição Estadual: 0019832087
Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N°019.924.751
Cód. para Dáh. Automáticos: 00019832087

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 / 2019	21/01/2019	19/02/2019	010.942.224-66 Int. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/1698358-7

Canal de contato:
Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes: não deve a porta da geladeira aberta sem necessidade, leve e passe o máximo de roupas possível de uma só vez e não se esqueça de apagar as luzes ao sair dos ambientes.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
18/12/18	Leitura 3516	Data 21/01/19	Leitura 3738	I 222 33
Demonstrativo				
CCI Descrição Quantidade Tarifa C Vata Base Calc. Ajust. Icms(R\$) Base Calc. Fe(R\$) Contra(R\$) Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMIS(R\$) PIS/Cofins(R\$) (1,0640%) (4,0000%)				
0001 Consumo em kWh	272.000 (0,829810)	184,17	184,17 .25	46,04 184,17 1,00 9,20
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807 CONTRIB SERV LUM PÚBLICA	11,06	0,00	0 0,00 0,00 0,00	0,00

CCI - Código de Classificação do Item TOTAL 186,22 184,17 46,04 184,17 1,00 9,20

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

181 28/01/2019 R\$ 195,22

Histórico de Consumo (kWh)

44		20		4		100		221		223		167		200		182		234		220		222
Jan/18		Fev/18		Mar/18		Apr/18		May/18		Jun/18		Jul/18		Aug/18		Sep/18		Out/18		Nov/18		Dec/18

RESERVADO AO CONSUMIDOR

85f1.69f1.dd42.d3c2.aaed.644b.9cc1.f932.

Indicadores de Qualidade 11/2018 - Março/2018

Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	5,18	0,00	Desvio de Límite Energisa PB	86,04	23,08
DIC TRIMESTRAL	10,38	NOMINAL	Corruga de Energia	69,44	18,91
DIC ANUAL	20,77	220	Serviço de Transporte	7,01	1,98
FC MENSAL	3,25	0,00	Encargos Bônus	10,65	3,46
FC TRIMESTRAL	8,47	CONTRATADA	Impostos, Direitos + Encargos	88,20	24,98
FC ANUAL	12,95	LIMITE INFERIOR	Outros Serviços	0,00	0,00
ZM	12,94	0,00	Total	186,22	100,00
DIGI	12,22	LIMITE SUPERIOR			

ATENÇÃO

- Leitura confirmada

Faturas em atraso



PARAÍBA
Roteiro: 12 - 5 - 292 - 450
Matrícula: 1698358-2019-01-3

83690000001-6 95220149000-2 16983582019-5 01300005019-8



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:57:00

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2102041157002270000037262912>

Número do documento: 2102041157002270000037262912

Num. 39089817 - Pág. 11



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 SUSEP¹ 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 COAF²**.

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 Alexandra Gesar Duarte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046502754-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Célio de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 030255674-57, do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima José Célio de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 030255674-57, 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	Rua Agente Fiscal José G. Duarte	Número	157	Complemento			
Bairro	Changabeira	Cidade	João Pessoa	Estado	PB	CEP	58056-384
Email		Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)			

João Pessoa 18 de fevereiro de 2019
Local e Data

Alexandra Gesar Duarte
Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPRA SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
18 FEV. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Declaração do Proprietário do Veículo

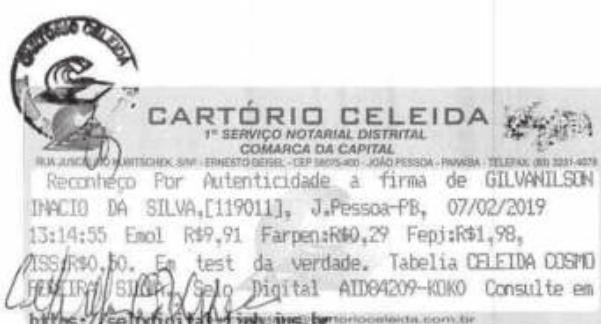
Eu, GILVANILSON INACIO DA SILVA,
RG nº 3328460, data de expedição 30/05/2005
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 08552704438 com
domicílio na cidade de LUCENA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
JULIO DE CAVALARIHO - FAGUNDES, nº 495,
complemento CASE, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Fernando da Silva, cujo o condutor era
Fernando da Silva.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/CG 125 PAN
Ano: 2014
Placa: QAF B3265/PB
Chassi: 9C2TC4120ER033286
Data do Acidente: 38-08-18
Local e Data: João Pessoa, 07-02-19

GILVANILSON INACIO DA SILVA
Assinatura do Declarante



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



Reconheço Por Autenticidade a firma de GILVANILSON
INACIO DA SILVA,[119011], J.Pessoa-PB, 07/02/2019
13:14:55 Emol R\$9,91 Farpen:R\$0,29 Fepi:R\$1,98,
ISS:R\$0,50. Em test da verdade. Tabelia CELEIDA COSMO
FONSECA S/100. Selo Digital AID04209-KOKO Consulte em
<http://cartorioceleida.tjpb.jus.br> ou www.cartorioceleida.com.br





CERTIDÃO

Nº. 0072/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 155102 e Prontuário nº 2018.08.002722 pertencentes a JOSE CELIO DE OLIVEIRA que foi atendido dia 18/08/2018 às 08H54min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior direito e superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 30/08/2018 com alta médica dia 01/09/2019.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de janeiro de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



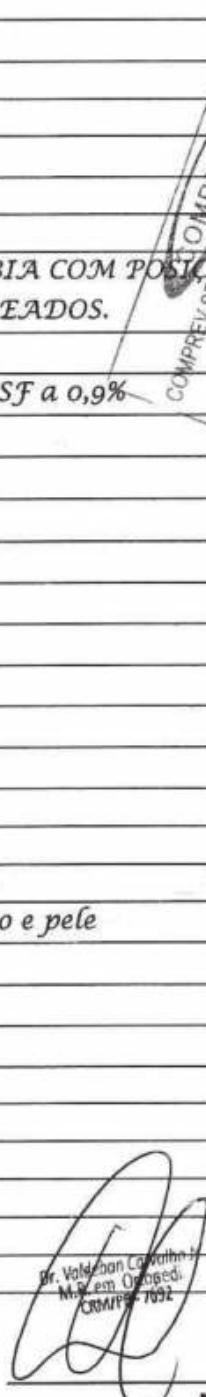


Nome: JOSE CELIO DE OLIVEIRA			Registro:	
Idade: 45 A	Sexo: MASC	Cor:	Clínica: Ortopedia	EMP: LR:
Data: 30 / 08 / 2018		Cirurgião: DR. RODRIGO AMARAL		
1º Assistente: VALDEBAN RI		2º Assistente:		
Anestesista:		Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
FRATURA DOS OSSOS DA PERNAS DIR				S82.3
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
O mesmo				
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO
Osteossíntese de Tibia				
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não				
Descreva:				
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não				
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico				

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



Descrição da Cirurgia	
Posição e Preparo:	Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
	Assepsia + Antissepsia
	Aposição de campos cirúrgicos estéreis
Incisão:	INCISAO LONGITUDINAL FACE ANTEROLATERAL DA PERNAS DIREITA
Achados:	FRATURA TIBIA DIREITA
Conduta:	REALIZADO REDUÇÃO CRUENTA DA TIBIA COM POSIÇÃO DE PLACA BLOQUEAD. PARA TIBIA COM II FAPRAFUSOS BLOQUEADOS.
	Limpeza exaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%
	Realizado RX controle
Fechamento:	Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele
	Curativo
	TALA CRURO PODALICA
OBS:	


 Dr. Valdebon Carvalho
 M.º Crem. Ortopedi.
 CRMPE 7032
 30 AGO. 2018
 PROTOCOLO
 ASSOCIAÇÃO
 COMPRESSEOS PREVIDENCIAS

Data: _30/_08/_2018_

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:57:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020411570022700000037262912>
 Número do documento: 21020411570022700000037262912

Num. 39089817 - Pág. 16



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: José Célio da Oliveira Data da Admissão: 18/8/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 11/11/1981
QPD: Came no MDP e MSE
HDA: ft com queixa de dor an
M.D.P. com queixa de dor abdominal
Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____
Pele: _____
Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____
ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento abdоминального объема
AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematuria []PREVIDÊNCIA S/A
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____
SME: []Dor _____ []Rigidez pós-repozo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos
SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor _____
18 FEV. 2019
PROJETO
JOÃO PESSOA
RUA
JOÃO PESSOA

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

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: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Rs da penal

Hipóteses Diagnósticas: _____

Expediente dos exames

Conduta: _____



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: SUELIO DE OLIVEIRA					PRONTUÁRIO N°:
ID: 45 A	SEXO: MASC	COR:	CLÍNICA: <i>Ortopedia</i>	ENF.:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 18/08/2018	DATA DE ALTA: 01/09/2018			TEMPO DE PERMANÊNCIA	
<i>Fratura dos Ossos da Perna Direita</i>					CID: 582.0
DIAGNÓSTICO INITIVO: <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
<p>S</p> <p><i>Rx demonstrando solução de continuidade óssea em perna</i></p>					
TENSÃO: MIGRATÓRIA					
ANAMSE: FÍSICA					
EXPLORAÇÃO: () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
EXPLORAÇÃO FISIOLÓGIA					
<p>A</p> <p>() REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()</p>					
<p>RECOMENDAÇÕES:</p> <p><i>O (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)</i></p> <p><i>pacador(a) de fratura dos ossos da perna direita, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico com redução cruenta + fixação interna com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições para orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao consultório para continuidade de tratamento e orientações.</i></p>					
<p>ORIENTAÇÕES PÓS ALTA</p> <p><i>ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i></p> <p>DIAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias. <p>1.1 A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se houver edema ou inchaço no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</p> <p>PARA CASA: ATB + alívio + analgésico</p> <p>No posto de saúde em 21 dias.</p> <p>ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. (DR. RODRIGO AMARAL)</p> <p><i>18 FEV 2019</i></p> <p><i>COMPREV</i></p> <p><i>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A</i></p> <p><i>PROTOCOLO</i></p> <p><i>AG. JOÃO PESSOA</i></p> <p><i>Eduardo Pazzalysa</i> <i>Médico</i> <i>PP 11687</i></p>					
DATA: 01/09/2018					





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:57:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020411570022700000037262912>
Número do documento: 21020411570022700000037262912

Num. 39089817 - Pág. 20

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190143689 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CELIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 18/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190143689 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE CELIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 18/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

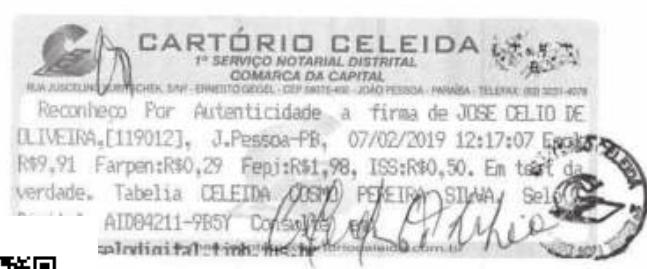
José Célio de Oliveira, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão agricultor, CI RG nº 3-831.270, CPF/MF nº 030.255.674-97, residente e domiciliado(a) à Rua Nascimento Silva, 30, Cidade de Santa Rita, Estado Paraíba, CEP: 58000-000, telefone 9 8663-4900, 99105-5363.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Mangabeira, 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 perícias 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.

João Pessoa, 07 de Fevereiro de 2019.

 José Célio de Oliveira
OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0059492/19

Vítima: JOSE CELIO DE OLIVEIRA

CPF: 030.255.674-57

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/08/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Titular do CPF: JOSE CELIO DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

JOSE CELIO DE OLIVEIRA : 030.255.674-57

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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: 18/02/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2019
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ALEXANDRA CESAR DUARTE

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:57:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020411570022700000037262912>
Número do documento: 21020411570022700000037262912

Num. 39089817 - Pág. 24



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08521282020198152001

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 **JOSE CELIO DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Duto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.º, 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, 2 de fevereiro 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:57:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020411570066300000037262916>
Número do documento: 21020411570066300000037262916

Num. 39089821 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 11:57:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020411570066300000037262916>
Número do documento: 21020411570066300000037262916

Num. 39089821 - Pág. 2