



Número: **0802795-05.2019.8.15.0351**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Sapé**

Última distribuição : **19/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ERIK HERMINIO DE SOUZA (AUTOR)	ALANA MARTINS MARQUES NAVARRO (ADVOGADO) GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA (ADVOGADO) CAIO CHAVES ALVES PESSOA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38850 485	28/01/2021 15:53	<u>Petição</u>	Petição
38850 486	28/01/2021 15:53	<u>2694823_ELABORAR MANIFESTACAO SOBRE DOCS_Anexo_02</u>	Outros Documentos
38850 488	28/01/2021 15:53	<u>2694823_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_03</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:53:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815533566400000037039053>
Número do documento: 21012815533566400000037039053

Num. 38850485 - 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, 18 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190432112 Vítima: ERIK HERMINIO DE SOUZA

Data do Acidente: 07/04/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERIK HERMINIO DE SOUZA

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 n° 14587566



Pag 01533/01534 - Carta 01 - INVAI IDE7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:53:37
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101281553367390000037039054>
Número do documento: 2101281553367390000037039054

Num. 38850486 Pág. 1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 139.327.184-70 4 - Nome completo da vítima: ENICK Hermínio de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	<input type="text"/> ENICK Hermínio de Souza	6 - CPF:	<input type="text"/> 139.327.184-70
7 - Profissão:	<input type="text"/> Vendedora	8 - Endereço:	<input type="text"/> R. Presidente
9 - Número:	<input type="text"/> 101m	10 - Complemento:	
11 - Bairro:	<input type="text"/> Abai Corolconte	12 - Cidade:	<input type="text"/> Goiânia
13 - Estado:	<input type="text"/> PB	14 - CEP:	<input type="text"/> 58340-000
15 - E-mail:	<input type="text"/> (83) 99869-2147		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR.

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) Op.: 013

AGÊNCIA: 0922

CONTA: 36090

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - 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 atenda 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 as custas da Seguradora Líder 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 da sua cunhado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? <input type="checkbox"/> Vivos: Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar filhos vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/nascer? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar irmãos vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Não
---	---	--	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que apresentarem esta condição, estando nente, ainda, de que qualquer omisso ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 293 do Código Penal.

COMPREV SECUROS E PREVIDÊNCIA S/A



34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

João Pessoa - PB 16/07/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

tura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1002/2019



38 - 1º | Nome: 16 JUL. 2019
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE SAPÉ
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.
Telefone: (83) 3283-5949



NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE MOTO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 1024/2019

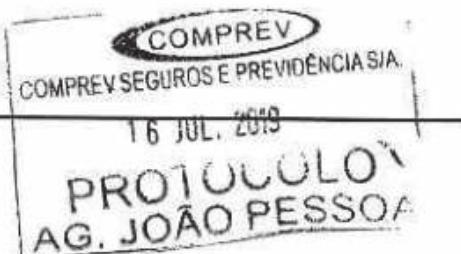
Aos DOZE (12) dias do mês de JUNHO do ano de dois mil e DEZENOV E, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Policia Civil Dr. FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, ai por volta das 16:10 HS; compareceu ERIK HERMÍNIO DE SOUZA, brasileiro, solteiro, com 19 anos de idade, natural de João Pessoa/PB, filho de José Marcos de Souza e Maria José Hermínio de Souza, residente na rua Firmino Vieira da Silva, 30, lot. Abel Cavalcante, nesta. O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE no dia 07 de abril do corrente ano, o noticiante pilotava uma moto Honda Bros de placa OFZ 8430/PB, em nome de JOSÉ MARCOS DE SOUZA, na rua comend. Renato Ribeiro Coutinho, quando o pneu derrapou e o noticiante veio a cair; QUE o noticiante foi socorrido para o Hospital de Traumas e posteriormente para o Ortotraumas; QUE por conta do acidente, o noticiante machucou o rosto e quebrou um punho . Era o que tinha a declarar. O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

DECLARANTE: Erik Hermínio de Souza

ESCRIVÃ POLICIA:

Cezarina Maria Araujo de Medeiros

MAT: 135.635-6





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
139.327.184-70 ENICK HERMINIO de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
ENICK HERMINIO de Souza	139.327.184-70		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Mecânico	R. Projacoda	101m	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Abel Gonçalves	Sapé	PB	58340-000
15 - E-mail:	(83) 99869-2147		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR.

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
----------------------------------	--

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) Op: 013

AGÊNCIA: 0922

CONTA: 36090

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - 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 atenda 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 as custas da Seguradora Líder 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 da sua cunhado.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro/nascer? <input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/vizinhos vivos? <input type="checkbox"/> Sim
<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que apresentarem esta condição, estando niente, ainda, de que qualquer omisso ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento, além da responsabilidade criminal prevista no artigo 293 do Código Penal.

COMPREV SECUROS E PREVIDÊNCIA S/A



34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

Yan Pessoa - PB 16/07/19
Enick Hermínio de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

tura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1002/2019



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

301041

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1154597



Identificação do paciente						
ID 1391926	Nome ERIK HERMINIO DE SOUZA					
Data de nascimento 20/07/1999	Idade 19 anos 8 meses 18 dias	Estado civil	Religião			
Mãe MARIA JOSE HERMINIO DE SOUZA	Pai JOSE MARCOS DE SOUZA					
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA JOSE HERMINIO DE SOUZA - MAE					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 953029190	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4448976	Nº Cns 701307660606530				
Local de procedência HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE (SAPÉ)	Tipo UNIDADESAUDE					
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB	CBO/R			
Endereço						
CEP 58340000	Município de residência SAPE	UF PB	Logradouro FIRMINO VIEIRA DA SILVA			
Número 30	Complemento	Bairro ABEL CAVALCANTE				
Admissão						
Data e Hora 07/04/2019 22:24:59	Número da pulseira 100007387806	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X	mmHg	P脉	Temperatura			
Exames complementares						
Ralo X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico	<div style="text-align: center;"> COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 16 JUL. 2019 CID PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA </div>					
Atendido por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA						
Imprimir						

07/04/2019 22:23



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente ERIK HERMINIO DE SOUZA	BAE 1154597	Data/Hora Entrada 07/04/2019 22:24:59	Data Baliza
Data de nascimento 20/07/1999	Idade 19a 8m 19d	Sexo Masculino	CNS 701307660606530
Mãe MARIA JOSE HERMINIO DE SOUZA			
Endereço FIRMINO VIEIRA DA SILVA, 30	Bairro ABEL CAVALCANTE	Município SAPE	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILVANDO CARNEIRO LEAL	Nº Cons. Regional 2489/PB
Data/Hora Classificação 07/04/2019 22:56:01		Data/Hora Prescrição 07/04/2019 23:09:16	

Anamnese

Refere queda de moto há 3 horas batendo om o rosto no solo, pancaDA E DOR EM PUNHO ESQUERDO, NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, APRESETA EDEMA EM NARIZ E LÁBIO SUPERIOR, DOR E ABAULAMENTO E PUNHO ESQUERDO. TÓRAX E ABDOME: NDN
CONDUTA: EXS. COMP. + ALTA DA CIRURGIA + PARECER DA BMF E ORTOPEDIA.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN+MN+LATERAL+HIRTZ)

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

CID10

Código	Descrição
M79.6	Dor em membro
S01.8	Ferimento na cabeça, de outras localizações

Conduta

Em observação

ERIK HERMINIO DE SOUZA

GILVANDO CARNEIRO LEAL
(: 2489/PB)

Boleto registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 07/04/2019 22:27:18



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:53:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815533673900000037039054>
Número do documento: 21012815533673900000037039054

Num. 38850486 - Pág. 6

Ag. de Cobrança
0733-1

Sít. Especial

N. Contrato
8444410064743

Data de Vencimento
17/07/2019

CAIXA

A vida pede mais que um banco



DATA DE POSTAGEM: 26/10/2019

GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA
R FLAVIO RIBEIRO, 49
CENTRO
58255-000 GURINHÉM PB



A library stamp from the Biblioteca da PUC-Rio. The stamp includes a barcode at the top, followed by the text 'COMPREM SEGUROS E PREV' in a large circle, '16 JUL. 2019' in the center, 'BIBLIOTECA DA PUC-RIO' along the bottom, and 'JOAO PESSOA' written vertically on the left side.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:53:37
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815533673900000037039054>
Número do documento: 21012815533673900000037039054

Num. 38850486 - Pág. 8

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - N° 028.750.095



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JOSE MARCOS DE SOUZA
RUA PROJETADA S/N
SAPE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1494584-4

REFERÊNCIA

JUL/2019

APRESENTAÇÃO

26/07/2019

CONSUMO

97

VENCIMENTO

02/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 67,10

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 14/08/2019

Pagador: JOSE MARCOS DE SOUZA CNPJ/CPF: 025.199.224-19

RUA PROJETADA S/N - ABEL CAVALCANTE - SAPE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120004478093	001494584201907	02/08/2019	R\$ 67,10	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
23 AGU. 2019
PROTÓCOLO:
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:53:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815533673900000037039054>

Número do documento: 21012815533673900000037039054

Num. 38850486 - Pág. 9



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 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 RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Gabriella Chaves Alves Pimenta Navarro

Inscrita (a) no CPF/CNPJ 090 456 694, 39, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Cláudia Hermínio de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 139.327.184-70

do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizada da Vítima Cláudia Hermínio de Souza

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 139.327.184, 70, 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:	<u>R. Flávio Ribeiro</u>	Número:	<u>49</u>	Complemento:	<u>—</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>—</u>			CEP:	<u>58356-000</u>

Local e Data:

João Pessoa - PB 16/07/19

Assinatura do Declarante



DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:53:37

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815533673900000037039054>

Número do documento: 21012815533673900000037039054

Num. 38850486 - Pág. 10



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para redemarcações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, José Marcos de Souza,

RG nº 220 5383, data de expedição / /

Órgão _____, portador do CPF nº 025.199.224-19,

com domicílio na cidade de Sapé, no Estado de

Paráiba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. Rugetada, nº 51/N,

complemento Abel Cavalcante, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Enick Hermínio de Souza, cujo o condutor era

Enick Hermínio de Souza.

Veículo: Motocicleta Modelo: Honda / NXR 150 Bros EX Ano: 2012

Placa: OFZ 8430 Chassi: 9C2KD 0550DR108603

Data do Acidente: 07/04/2019



Local e Data: Sapé - PB 04/07/2019

X J. Marcos de Souza

Assinatura do Declarante

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

16 JUL. 2019

PROTÓCOLO

03. JOÃO PESSOA

Assinatura do Condutor

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



FELICIANO DA SILVA

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) assinada(s) a seguir:

JOSE MARCOS DE SOUZA

Enunciado de testemunha: Sapepe 04/07/2019 09:57:48

Vandilce Davaianete de Freitas Santos - Escrivente

F2019-004921EPOL-RH R\$ 91,91 FRAP/Entrega 0,29 FEPJ:R\$ 1,98

SELDO DIGITAL: AIU6893-TPEB

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

CARTÓRIO ÚNICO

Servidor: Lucio M. Feliciano So

Topo à Substituto

Marcelo Gomes Guedes Guedes Gusmão

E-mail: gomesguedes@tjpb.jus.br

Av. Com. Renato Góes, Centro, 1746

Fone: (83) 3232-2541/9321-3163

CEP 58340-000 - Sapé - PB



LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1154597

PACIENTE: ERIK HERMINIO DE SOUZA

DATA DE NASCIMENTO: 20.07.99

Data e Hora do Atendimento: 07.04.19

Horário: 22:24h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de trauma de face, dor e abaulamento no punho esquerdo, edema no nariz e lábio superior. Atendido pelo Dr. Gilvandro Carneiro Leal CRM 2489, Dra. Marilene Adjunto Meira CRM 1383, Dr. João Paulo Souto Casado CRM 11598.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMA DE FACE + FERIMENTO NA CABEÇA + FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO CID 10 S 01 8 e S 52 5

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia bucomaxilofacial, avaliação da traumatologia, Rx dos seios da face FN e MN, Rx do antebraço esquerdo AP e Perfil que evidenciou fratura do radio distal esquerdo com colocação da tala tipo luva e encaminhado para o ORTOTRAUMA conforme pontuação.

ALTA HOSPITALAR: Em 08.04.19 às 1:06h com encaminhamento para o ORTOTRAUMA conforme pontuação.

Data da Emissão: 29.05.19 16 JUL. 2019 Dr Glender Tércio G. G. da Trindade
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS / Médico Auditor - HETSHL

PRO TUTORIAL PRO JOSÉ JOÃO PESSOA Mat. 29.031-9/CRM- 3920

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





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente ERIK HERMINIO DE SOUZA	BAE 1154597	Data/Hora Entrada 07/04/2019 22:24:59	Data Baixa
Data de nascimento 20/07/1999	Idade: 19a 8m 19d	Sexo Masculino	CNS 701307660606530
Mãe MARIA JOSE HERMINIO DE SOUZA			
Endereço FIRMINO VIEIRA DA SILVA, 30	Bairro ABEL CAVALCANTE	Município SAPE	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MARILENE ADJUTO MEIRA	Nº Cons. Regional 1383/PB
Data/Hora Classificação 07/04/2019 22:56:01		Data/Hora Prescrição 08/04/2019 00:53:45	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM TRAUMA DE FACE, HÁ 6 HORAS. RELATA DORES EM ATM. NEGA SÍNCOPE, VÔMITO, NÁUSEA, EPISTAXE. ALERGIA MEDICAMENTOSA E DOENÇA DE BASE. NO MOMENTO CONSCIENTE E ORIENTADO, EUPNEICO, NORMOCORADO, DEAMBULANDO, VERBALIZANDO, AFEBRIL AO TOQUE, EM BEG. AO EXAME FÍSICO, APRESENTA, ESCORIAÇÃO EM REGIÃO NASAL, EDEMA EM LÁBIO SUPERIOR-INFERIOR, FERIMENTOS ABRASIVOS EM CAVIDADE INTRA ORAL PROVOCADO PELO TRAUMA DO APARELHO ORTODÔNTICO. FRATURA DO BORDO INCISAL DO ELEMENTO DENTÁRIO 11, ACUIDADE VISUAL, MOVIMENTOS OCULARES E MANDIBULARES PRESERVADOS. OCLUSÃO ESTÁVEL. BOA ABERTURA BUCAL.

AO EXAME DE IMAGEM, AUSÊNCIA DE SINAIS DE FRATURA DOS OSSOS DA FACE.

CD-

1- AVALIAÇÃO DA BMF

2- PRESCRIÇÃO PARA CASA

3- AGENDAMENTO DE RETORNO AMBULATORIAL PARA DIA 20 ABRIL 2019 AS 14 HORAS- HEETSHL

4- ALTA DA BMF AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES.

Conduta

Em observação



Dra. Marilene Adjuto Meira
Cirurgia Buco M. Facial
CRO 1383

ERIK HERMINIO DE SOUZA

MARILENE ADJUTO MEIRA
(CRO: 1383/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 07/04/2019 22:27:18

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:53:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815533673900000037039054

Número do documento: 21012815533673900000037039054

Num. 38850486 - Pág. 13





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

POSTO I B

Endereço: INTERNO, S/N, , JOAO PESSO - PB, 11111111

Tel:

CNES: 454547

Paciente ERIK HERMINIO DE SOUZA	BAE 1154597	Data/Hora Entrada 07/04/2019 22:24:59	Data Baixa 2019-04-08 01:06:49.0
Data de nascimento 20/07/1999	Idade 19a 8m 19d	Sexo Masculino	CNS 701307660606530
Mãe MARIA JOSE HERMINIO DE SOUZA			
Endereço FIRMINO VIEIRA DA SILVA, 30	Bairro ABEL CAVALCANTE	Município SAPE	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOAO PAULO SOUTO CASADO	Nº Cons. Regional 11598/PB
Data/Hora Classificação 07/04/2019 22:58:01		Data/Hora Prescrição 08/04/2019 01:06:50	

Anamnese

#ORTOPEDIA

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO
 QUEIXA DE DOR EM PUNHO ESQUERDO
 ADM PREJUDICADO PELA DOR
 NEUROVASCULAR PRESERVADO

RX COM EVIDENCIA DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO

CD:

TALA LUVA

ENCAMINHAMENTO CONFORME PACTUAÇÃO

PROCEDIMENTO

TALA LUVA, (OBSERVAÇÕES: A ESQUERDA)

CID10

Código	Descrição
S52.5	Fratura da extremidade distal do rádio

Conduta

Alta com encaminhamento externo

Alta Hospitalar

Usuário JOAO PAULO SOUTO CASADO	Data e Hora 08/04/2019 01:06:49
Motivo de Alta ALTA HOSPITALAR	Observações

ERIK HERMINIO DE SOUZA

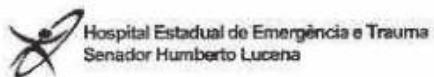
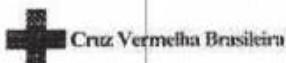
JOAO PAULO SOUTO CASADO
(CRM: 11598/PB)

Boletim registrado por: JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA em 07/04/2019 22:27:18



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:53:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815533673900000037039054>
 Número do documento: 21012815533673900000037039054

Num. 38850486 - Pág. 14



Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome ERIK HERMINIO DE SOUZA					CNS 701307660606530	Prontuário	
Data de Nascimento 20/07/1998	Idade 19A 8M 19D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe MARIA JOSE HERMINIO DE SOUZA			Nome do Pai JOSE MARCOS DE SOUZA				
Endereço FIRMINO VIEIRA DA SILVA			Bairro ABEL CAVALCANTE			Cep 58340000	
Município SAPE - PB			Telefone Residencial			Telefone Celular (83) 993029190	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA			CNES 2593262			Telefone (83) 32165700	

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA HOSPITALAR		
Resultado de exames complementares		
CID S52.5	Data de encaminhamento 08/04/2019 01:06:49	

Assinatura e carimbo do profissional



Traumelis
Aut Ivonele
Acollimento



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

Ficha de Encaminhamento

Nome do Paciente: Eny K M. Souza Data: 07/04/19

End.: _____

Bairro: _____ Cidade: Sapé

Unidade de origem: _____

Motivo de Encaminhamento

Dende mob cl pefus de no di inguas
en ps.

Sal a e cordito

Medicamento Administrado

Referenciado para: _____

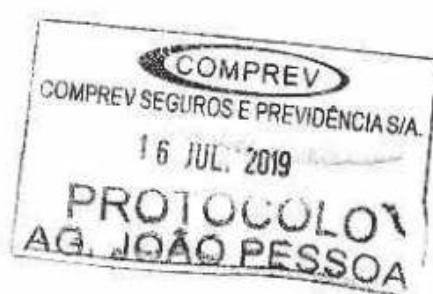
Contra referência

Motivo: _____

Contra referência para: _____

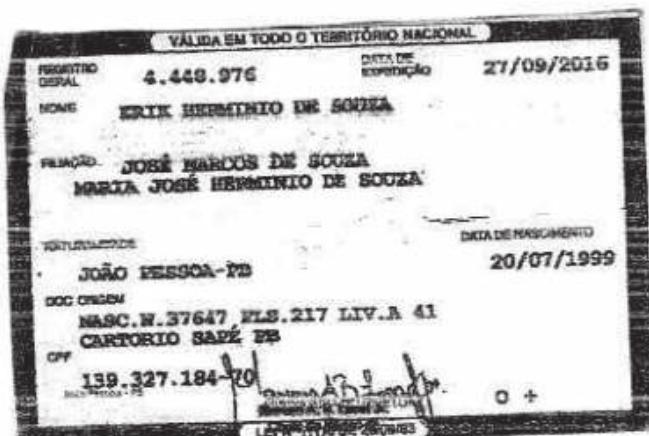
[Handwritten signature]
Dr. Karolyn S. Bianchelli
Médica
CRM-PB 11515





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:53:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815533673900000037039054>
Número do documento: 21012815533673900000037039054

Num. 38850486 - Pág. 17



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:53:37
<http://pj.e.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815533673900000037039054>
Número do documento: 21012815533673900000037039054

Num. 38850486 - Pág. 18



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:53:37
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815533673900000037039054>
Número do documento: 21012815533673900000037039054

Núm. 38850486 - Pág. 19

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB		Nº 014798996030	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.I.R.C.	EXERCÍCIO
1	0050243453-8	00700000000	2018
JOSE MARCOS DE SOUZA			
CPF / CNPJ	PLACA		
02519922419	OFZ8430/PB		
PLACA ANT / UF:	CHASSI		
NOVO PB	9C2KD0550DR108603		
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		ALCO/GASOL	
MARCAS / MODELO		ANO FAB	ANO MOD
HONDA/NXR150 BROS ES		2012	2013
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/149 /CI	PARTIC	VERMEIHA	
I P	VEN. COTA ÚNICA	VENC / COTAS	
V A	00/00/0000	1*	
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2*	
*****	0	3*	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOP (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****	SEGURO	PAGO	09/05/2019
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
SAPE-PB	LOCAL	DATA	
42641		10/05/2019	
		20303	

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

PB Nº 014798996030 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

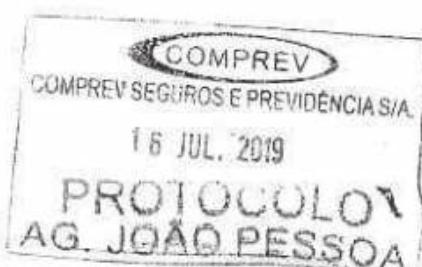
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	02519922419	OFZ8430/PB
RENAVAM	MARCA / MODELO	
0502434588	HONDA/NXR150 BROS ES	
ANO FAB	CAT. TABELA	Nº CHASSI
2012	9	9C2KD0550DR108603
PRÊMIO TARIFÁRIO		
IOPS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOP (R\$)	10% ASEGURADO PELO IPVA NÃO R
*****	SEGURO	PAGO
PAGAMENTO		
S COTA ÚNICA	PARCELADO	DATA DEQUITAÇÃO
		09/05/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

20303-1509128-20190510





COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
16 JUL. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:53:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815533673900000037039054>
Número do documento: 21012815533673900000037039054

Num. 38850486 - Pág. 21

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432112 Cidade: Sapé Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ERIK HERMINIO DE SOUZA Data do acidente: 07/04/2019 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.(PÁG.3)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432112 Cidade: Sapé Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ERIK HERMINIO DE SOUZA Data do acidente: 07/04/2019 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.(PÁG.3)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequelas

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Renil Hermínio de Souza
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: solteiro
PROFISSAO: Mundador Nº DO RG: 4.448.976
ORGÃO EMISSOR: 65P-PB DATA DE EMISSÃO: 27/09/2016
Nº CPF: 139.327.184-70 ENDEREÇO: R. Projacada, 01m, Blok
Condeomie, Sapé - PB, cep m: 58340-000.

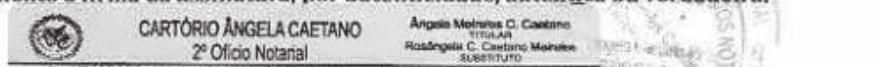
OUTORGADO: Gabriella Chaves Alves Pissos Navarro
NACIONALIDADE: Brasileira ESTADO CIVIL: casada
PROFISSAO: Advogada Nº DO RG: 3363751
ORGÃO EMISSOR: 65P - PB DATA DE EMISSÃO: 09/11/2015
Nº CPF: 090.456.694-39 ENDEREÇO: R. Florio Reboleiro,
nº 49, Jardim, Guinhéu - PB, cep m: 58356-000.

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Renil Hermínio de
Souza, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora
que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de
acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo,
em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos,
municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar,
solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de
pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

Bayeux - PB , 02 de julho dezo 19
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
16 JUL. 2019
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA
*Enil Hermínio de Souza
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de.....
RENIL JOSE HERMINIO DE SOUZA
Em test de verdade, Bayeux - PB, 02/07/2019 14:23:10
Assentado de Contração da Costa Santos - Escrivane
FONTE: 2019-00027-1063-01 R\$ 9,91 PAGTO: R\$ 0,00 FEIJAR: R\$ 1,93 ISS: R\$ 0,
SELLO DIGITAL, ALG 2019-07-01

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241284/19

Número do Sinistro: 3190432112

Vítima: ERIK HERMINIO DE SOUZA

CPF: 139.327.184-70

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/04/2019

Titular do CPF: ERIK HERMINIO DE SOUZA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

ERIK HERMINIO DE SOUZA : 139.327.184-70

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: 23/08/2019
Nome: GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO
CPF: 090.456.694-39

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/08/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAPE/PB

Processo: 08027950520198150351

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ERIK HERMINIO DE SOUZA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem informar e requerer o que segue:

Inicialmente cumpre esclarecer que foi designada perícia médica para apurar o grau de invalidez sofrido pela parte autora em decorrência do acidente noticiado.

Em continuidade, foi expedido mandado de intimação para que a vítima comparecesse no dia e no local designado para realizar a perícia médica.

É importante destacar que a realização da perícia é um ato indispensável ao deslinde da demanda, na medida em que o pagamento deve ser realizado de forma proporcional ao grau de invalidez, verificando-se o membro afetado, bem como a intensidade da sequela, consoante enuncia o art. 3º da Lei n.º 6.194/74 e Súmula nº 474 do STJ.

Entretanto, conforme se verifica nos autos, a parte autora **não compareceu para a realização da perícia designada, EMBORA INTIMADA PESSOALMENTE! PERCEBA AINDA EXA., QUE A PARTE AUTORA NÃO ACOSTOU AOS AUTOS, NENHUM DOCUMENTO OU COMPROVANTE MÉDICO, QUE INFORME OU ATESTE, A SUA SITUAÇÃO MÉDICA QUE JUSTIFIQUE TAL AUSÊNCIA!**

Assim, deixando a parte autora de comparecer injustificadamente à perícia médica previamente designada, embora devidamente intimado para tanto, é de se considerar preclusa prova técnica indispensável para o destramento da questão.

Neste sentido são os recentes entendimentos firmados pelos Tribunais pátrios. Vejamos:

“APELAÇÃO CÍVEL. COBRANÇA. SEGURO DPVAT. NECESSIDADE DE COMPROVAÇÃO. PERÍCIA MÉDICA. INTIMAÇÃO REALIZADA NO ENDEREÇO CONSTANTE NA INICIAL. NÃO COMPARECIMENTO DO AUTOR. ÔNUS DA PROVA. RECURSO CONHECIDO E NÃO PROVIDO. 1 - A Lei nº. 6.194/74, com as modificações inclusas pela Lei nº. 8.441, de 13 de julho de 1992, determina que o Instituto Médico Legal da jurisdição do acidente deve quantificar as lesões físicas ou psíquicas permanentes para fins do seguro previsto, através de laudo complementar, no prazo médio de noventa dias do evento,

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:53:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815533772600000037039056>
Número do documento: 21012815533772600000037039056

Num. 38850488 - Pág. 1

conforme preceito do art. 5º, §5º, do citado dispositivo normativo. 2 - Vislumbra-se nos autos que foi proferida decisão pelo Juízo monocrático designando data para realização de exame pericial e tentativa de conciliação, tendo o magistrado determinado a intimação da autora por carta com aviso de recebimento. 3 - No caso concreto, a parte autora foi intimada, por Aviso de Recebimento AR, no endereço constante como sendo o de sua residência. Ressalta-se que o aviso de recebimento não precisa, necessariamente, ser assinado pela autora para dar validade a sua intimação, mas tão somente a remessa da via postal ao endereço apontado na exordial. 4 - Assim, deixando a parte promovente de comparecer injustificadamente à perícia médica previamente designada para aferição do grau de invalidez decorrente de acidente de trânsito, embora devidamente intimada para tanto, é de se considerar preclusa a prova imprescindível para a constatação da referida incapacidade, razão pela qual deve ser mantida a improcedência da ação. 5 - Apelação cível conhecida e desprovida. ACÓRDÃO Vistos, relatados e discutidos os presentes autos, em que figuram as partes acima indicadas, ACORDA a 2ª Câmara de Direito Privado do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, por unanimidade, em CONHECER DO RECURSO para NEGAR-LHE PROVIMENTO. (Relator TEODORO SILVA SANTOS; Comarca: Fortaleza; Órgão julgador: 14ª Vara Cível; Data do julgamento: 29/08/2018; Data de registro: 30/08/2018)."

Não é outro o entendimento do Tribunal do Rio Grande do Norte, *in verbis*:

"PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA. APELAÇÃO CÍVEL. AUSÊNCIA DE LAUDO PERICIAL. PROVA ESSENCIAL À GRADUAÇÃO DA LESÃO. PARTE AUTORA QUE, APESAR DE INTIMADA, NÃO COMPARECEU À PERÍCIA DESIGNADA PELO JUÍZO. ALEGADA AUSÊNCIA DE PRECLUSÃO DA PROVA. TESE AFASTADA. CONHECIMENTO E DESPROVIMENTO DO RECURSO. 1. A prova da condição de invalidez permanente causada por acidente de trânsito é requisito necessário para ensejar o pagamento da indenização prevista no art. 3º, II, da Lei nº 6.194/74. 2. Tendo havido a intimação pessoal da parte para comparecer à perícia bem como a sua ausência sem qualquer justificativa, denota-se que não houve êxito em comprovar os fatos e fundamentos constitutivos do seu direito, a teor do disposto no artigo 373, inciso I, do CPC/2015. 3. Precedentes do TJRN (AC nº 2018.003918-5, Rel. Des. Judite Nunes, 2ª Câmara Cível, j. 19/06/2018; AC nº 2017.008898-9, Rel. Des. Ibanez Monteiro, 2ª Câmara Cível, j. 17/10/2017). 4. Recurso conhecido e desprovido. (Apelação Cível nº 2017.016704-1; 2ª Câmara Cível do TJRN, Relator Desembargadora Judite Nunes – Data de Julgamento: 21/08/20180)."

Sendo assim, tendo em vista que a parte autora não se apresentou para a realização da perícia, o que restou preclusa a oportunidade para realização de prova pericial, deixando de comprovar o ônus que incumbia-lhe, requer a **IMPROCEDÊNCIA** da presente demanda, com fulcro no artigo 487, I, do Código de Processo Civil.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SAPE, 26 de janeiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:53:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815533772600000037039056>
Número do documento: 21012815533772600000037039056

Num. 38850488 - Pág. 2

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 - 28/01/2021 15:53:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815533772600000037039056>
Número do documento: 21012815533772600000037039056

Num. 38850488 - Pág. 3