



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	<a href="#">Petição</a>	Petição
38850 486	28/01/2021 15:53	<a href="#">2694823_ELABORAR MANIFESTACAO SOBRE DOCS_Anexo_02</a>	Outros Documentos
38850 488	28/01/2021 15:53	<a href="#">2694823_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_03</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 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, contatos 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 14587566

Pag. 01533/01534 - carta\_01 - INVALIDEZ



# 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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Telefone:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 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: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

22 - 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: 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 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 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 às 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 do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) ou nascida(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Imprescindível a assinatura original da vítima ou representante legal. 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1002/2019





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 POLÍCIA 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 Polícia 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.

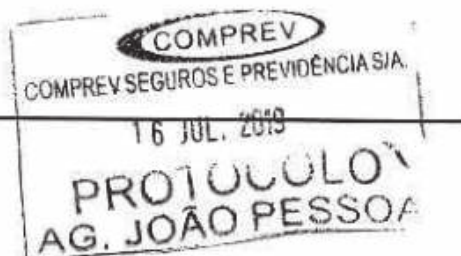
DECLARANTE:

*Erik Hermínio de Souza*

ESCRIVÃ POLICIA:

*Cezarina Maria Araujo de Medeiros*  
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 ASI: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Telefone:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 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: ☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

22 - 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: 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 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 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 às 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 do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) ou nascida(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Imprescindível a assinatura original da vítima ou representante legal. 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

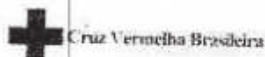
38 - 1ª | Nome: CPF: 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

1002/2019





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

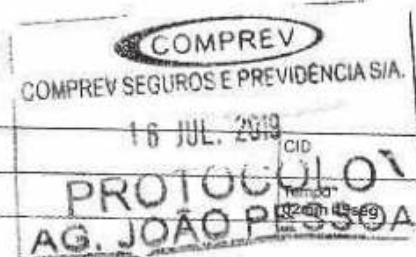
AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1154597



Identificação do paciente			
ID 1391926	Nome ERIK HERMINIO DE SOUZA	Sexo Masculino	
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	Prontuário	
Escolaridade	Responsável (Parentesco) MARIA JOSE HERMINIO DE SOUZA - MAE		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 993029190	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 4448976	Nº Cns 701307660606530	
Local de procedência HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE (SAPE)	Tipo UNIDADES SAUDE	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	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	Clinica		
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	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raios X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]
	Líquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos			
Diagnóstico			
Atendido por JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA			

Imprimir



07/04/2019 22:23



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>ERIK HERMINIO DE SOUZA</b>	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 <b>MARIA JOSE HERMINIO DE SOUZA</b>			Telefone de Contato (83) 993029190
Endereço <b>FIRMINO VIEIRA DA SILVA, 30</b>	Bairro <b>ABEL CAVALCANTE</b>	Município <b>SAPE</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>GILVANDO CARNEIRO LEAL</b>	Nº Cons. Regional <b>2489/PB</b>
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. APRESENTA 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)

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. 6



JOSE MARCOS DE SOUZA  
QUARAJETADA S/N - ABEL CAVALCANTE  
Bairro / CEP: 5610000 (AC) 511

Classificação: RESIDENCIAL / B20-AV - 11 - MONOFASICO 8790 kWh  
Roteiro: 17 - 51 - 175 - 8648  
Mfmedidor: 90008364661 Emissão: 25/06/2016

ENERGISA/PAVIA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 08.852.000/0001-40 - Rua Ed. 16615-820-6

Nota Fiscal de Energia Elétrica Nº 001 278067  
Código para Geração Automática: 000142012224

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/1494584-4**

Canal de contato

Jun / 2016

Apresentação

28/06/2016

Data prevista da próxima leitura

28/07/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

2518922419  
Ano: Est

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ  
05/04/2016 PAGAS  
DEBIDADAS

Histórico de Consumo  
(kWh)

Mar/16	129
Abr/16	150
Mai/16	174
Jun/16	147
Jul/16	130
Ago/16	182
Sep/16	143
Out/16	118
Nov/16	174
Dez/16	1
Jan/17	0

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 30/05/16	05/04/16	05/04/16	110	28

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo de 05/04/16	110	0,14663	4,33
Cobrança - 3% + 10% (R\$ 17,25)	70	0,24794	17,25
Consumo - 10% a 20% (R\$ 17,25)	10	0,27181	2,71
Subtotal			24,29
ICMS			18,50
PIS			0,70
COFINS			3,51
ENCARGOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA			6,05
IMPOSTO DE RENDA 05/2016			0,28
MULTA 05/2016			1,12
DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA ELÉTRICA - 05/2016			3,00
Devidos Subtotal			-20,60

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	68,84	27,00	18,50
PIS	68,84	1,056	0,70
COFINS	68,84	5,1010	3,51

**VENCIMENTO 05/07/2016** **TOTAL A PAGAR R\$ 60,68**

Método de Pagamento: 1001000

180d.cd3a.84be.5e14.2866.b6b1.aed9.92fb

Indicadores de Qualidade (2016-2018)

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
Q1 MENSAL	7,30	0,00
Q1 TRIMESTRAL	14,52	0,00
Q1 ANUAL	29,05	0,00
Q2 MENSAL	7,30	0,00
Q2 TRIMESTRAL	14,52	0,00
Q2 ANUAL	29,05	0,00
Q3 MENSAL	7,30	0,00
Q3 TRIMESTRAL	14,52	0,00
Q3 ANUAL	29,05	0,00

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia (PS)	8,70	15,47
Compra de Energia	17,30	29,21
Serviço de Transmissão	3,74	6,21
Encargos Setoriais	3,97	6,66
Impostos, Devidos e Encargos	22,29	37,21
Outros Serviços	1,00	1,65
<b>Total</b>	<b>60,68</b>	<b>100,00</b>

Valor em Escudo (R\$) 60,68

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Renda Fixa, sendo o valor de R\$ 20,60.  
Código de Verificação: 180d.cd3a.84be.5e14.2866.b6b1.aed9.92fb  
- O cancelamento da unidade a ser cancelada a partir da data de faturamento, podendo ser substituída a qualquer tempo, desde que não haja cobrança de multa.

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
16 JUL. 2019  
PROTOCOLADO  
AG. JOÃO PESSOA



Ag. de Cobrança  
0733-1

Sit. Especial

N. Contrato  
8444410064743

Data de Vencimento  
17/07/2019

# CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RUISE PE PLB DATA DE POSTAGEM: 26/09/2019

GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA  
R FLAVIO RIBEIRO, 49  
CENTRO  
58356-000 GURINHEM PB



721133/021441632063-04847-0200013

AG. JOÃO PESSOA  
PROJUCULO  
16 JUL. 2019  
COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A





# 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 - Nº 028.750.695



ENERGISA PARAIBA - 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](http://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 S/A				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				



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



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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/BIBLIOTECABWEB/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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Sphirilla Chou Alas Pamea Navarro  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 090456694, 39, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Cluck Hermínio de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 139.327.184-70  
do sinistro de DPVAT cobertura Invólidez da Vítima Cluck 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:  
☒ Recusa 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. Flavio Ribeiro</u>	Número: <u>49</u>	Complemento: <u>—</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Quinhém</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58356-000</u>	Tel.(DDD): _____

Local e Data:

João Pessoa - PB 16/07/19

Sphirilla Chou Alas Pamea Navarro  
Assinatura do Declarante



DLRL001 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



## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 00 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Jose Marcos de Souza,

RG nº 2205383, data de expedição \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 025.199.224-19,

com domicílio na cidade de Supé, no Estado de

Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

R. Pucetada, nº 511

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/NXR150 Bros Ex: 2012

Placa: OFZ8430 Chassi: 9C2KD0550DR108603

Data do Acidente: 07/04/2019

Local e Data: Supé - PB 04/07/2019

x J. Marcos de Souza

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

16 JUL. 2019

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA



Feliciano da Silva

Serviço Notarial e Registral

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmada(s) de:

JOSE MARCOS DE SOUZA

Em test. da verdade. Supé - PB 04/07/2019 09:57:48

Vandilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrevente

SEL019-0049921001-R\$ 89.91 FAPEN-R\$ 0.29 FEP3-R\$ 1.98

SELO DIGITAL: ATU68493-IFER

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

Aut. Com. Renat. Caud. 1746

Porto - CEP 53348-000

Severino Lúcio M. Feliciano da Silva

Titel. n. Substituta

Maria do Livramento Gusmão

Est. rev. 00

Av. Com. Renat. Caud. 1746

Fone: (83) 3244-2541/3311-3163

CEP 58348-000 - Supé - PB





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

## 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 pactuação.

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

Data da Emissão: 29.05.19



Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade  
Médico Auditor - HETSHL  
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.





## SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

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

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente <b>ERIK HERMINIO DE SOUZA</b>	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 701307680606530
Mãe <b>MARIA JOSE HERMINIO DE SOUZA</b>			Telefone de Contato (83) 993029190
Endereço <b>FIRMINO VIEIRA DA SILVA, 30</b>	Bairro <b>ABEL CAVALCANTE</b>	Município <b>SAPE</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>MARILENE ADJUTO MEIRA</b>	Nº Cons. Regional <b>1383/PB</b>
Data/Hora Classificação 07/04/2019 22:56:01		Data/Hora Prescrição 08/04/2019 00:53:45	

**Anamnese**

PACIENTE VÍTIMA 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. Marlene Adjuto Meira  
Cirurgiã Buco M. Facial  
CRO 1.383

ERIK HERMINIO DE SOUZA

MARILENE ADJUTO MEIRA  
(CRO: 1383/PB)



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

POSTO I B

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

Tel:

CNES: 454547

Paciente <b>ERIK HERMINIO DE SOUZA</b>	BAE <b>1154597</b>	Data/Hora Entrada <b>07/04/2019 22:24:59</b>	Data Baixa <b>2019-04-08 01:06:49.0</b>
Data de nascimento <b>20/07/1999</b>	Idade <b>19a 8m 19d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>701307660606530</b>
Mãe <b>MARIA JOSE HERMINIO DE SOUZA</b>			Telefone de Contato <b>(83) 993029190</b>
Endereço <b>FIRMINO VIEIRA DA SILVA, 30</b>	Bairro <b>ABEL CAVALCANTE</b>	Município <b>SAPE</b>	Prontuário
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOAO PAULO SOUTO CASADO</b>	UF <b>PB</b>
Data/Hora Classificação <b>07/04/2019 22:56:01</b>		Data/Hora Prescrição <b>08/04/2019 01:06:50</b>	Nº Cons. Regional <b>11598/PB</b>

### 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 RADIO 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 <b>JOAO PAULO SOUTO CASADO</b>	Data e Hora <b>08/04/2019 01:06:49</b>
Motivo de Alta <b>ALTA HOSPITALAR</b>	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

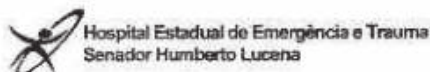


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:53:37

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

Número do documento: 21012815533673900000037039054





## Guia de Encaminhamento Externo

### Dados do paciente

Nome ERIK HERMINIO DE SOUZA						CNS 701307660606530	Prontuário
Data de Nascimento 20/07/1999	Idade 19A 8M 19D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe MARIA JOSE HERMINIO DE SOUZA			Nome da 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 BURIT	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



Traumático  
Aut. Inerte  
Acollimento



ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ  
SECRETARIA DE SAÚDE  
**HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE**

**Ficha de Encaminhamento**

Nome do Paciente: Enk H. Sam Data: 07/04/19  
End.: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: Sapé  
Unidade de origem: \_\_\_\_\_

**Motivo de Encaminhamento**

Devido a mob. c/ fobias de não de seguir  
em ps.  
Sol. a - e conduto

**Medicamento Administrado**

Referenciado para: \_\_\_\_\_

**Contra referência**

Motivo: \_\_\_\_\_

Contra referência para: \_\_\_\_\_

Dra. Karolyn S. Bianchetti  
Médica  
CRM-PB 11215







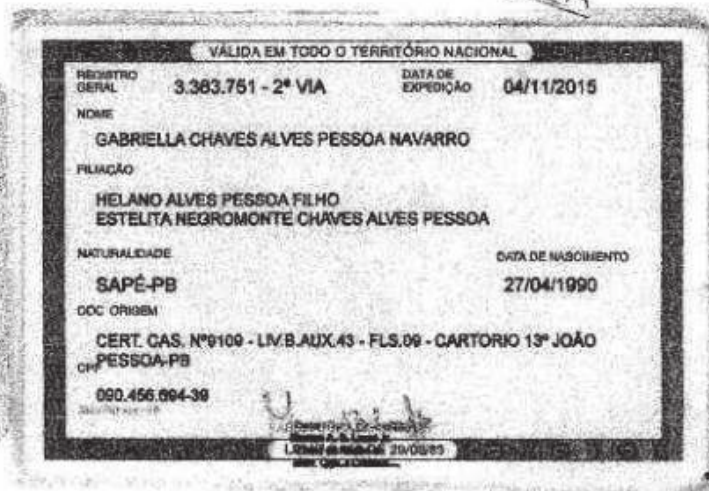
**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REGISTRO GERAL	4.448.976	DATA DE EXPIRAÇÃO	27/09/2016
NOME	ERIK HERMINIO DE SOUZA		
FILIAÇÃO	JOSE MARCOS DE SOUZA MARIA JOSE HERMINIO DE SOUZA		
IDENTIFICAÇÃO	JOÃO PESSOA-PB	DATA DE NASCIMENTO	20/07/1999
DOC ORDEM	NASC. N. 37647 ELS. 217 LIV. A 41 CARTORIO SAPÉ PB		
CPF	139.327.184-70		

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









REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014798996030  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD RENAVAM 0050243453-8 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2018

NOME JOSE MARCOS DE SOUZA

CPF/CNPJ 02519922419 PLACA OFZ8430/PB

PLACA ANT. UF. NOVO PB CHASSI 9C2KD0550DR108603

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO- APLIC COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2013

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

COTA ÚNICA VENC. GOTA ÚNICA 00/00/0000 1º VENC. / COTAS

FAIXA I PVA. PARCELAMENTO / COTAS 0 2º 3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IDF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO 09/05/2019

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA DE DOMÍNIO

SAPE-PB

LOCAL

DATA 10/05/2019

42641



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

20303

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

PB Nº 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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 10/05/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 02519922419 PLACA OFZ8430/PB

RENAVAM 00502434538 MARCA / MODELO HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. 2012 CAT. RST. 9 Nº CHASSI 9C2KD0550DR108603

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

CUSTO DO BILHETE (R\$) IDF (R\$) 10% ASESADO PELA SEGURADORA

PAGAMENTO S COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 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  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CARTÃO NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
 JOSE MARCOS DE SOUZA

DOC. IDENTIFIC. / DATA EMISSAO DE  
 2205288 889 DE

CPF  
 025.199.224-19 DATA NASCIMENTO  
 26/04/1976

RENCAO  
 ORLANDO FRANCISCO DE  
 SOUZA  
 MARIA DO CARMO  
 LOURENCO DE SOUZA

FORMACAO  
 INSTRUCCIONADO

ACC  
 FIMADO

GRUPO  
 700

Nº REGISTRO  
 01774501106

MUDOS  
 10/04/2000

RENOVACAO  
 03/05/2001

VALIDA EM TODO  
 O TERRITORIO NACIONAL  
 1083224240

PROIBIDA PLASTIFICACAO  
 1083224240

LOCAL  
 CAMPINA GRANDE, PB

DATA EMISSAO  
 14/04/2015

97168972084  
 X9030501695

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

COMPREV  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
 16 JUL. 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOAO PESSOA



## 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 %	R\$ 0,00



## 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 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 %	R\$ 0,00





## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Rev. Placido Hermenegildo da Silva  
NACIONALIDADE: brasileira ESTADO CIVIL: solteiro  
PROFISSÃO: revendedor Nº DO RG: 4.448.976  
ORGÃO EMISSOR: SSP-PB DATA DE EMISSÃO: 27/09/2016  
Nº CPF: 139.327.184-70 ENDEREÇO: R. Princesa, Dim. 140  
Caravelle, Cap. - PB, cep: 58340-000.

**OUTORGADO:** Apbilla Charles Alus Pinosa Navarro  
**NACIONALIDADE:** brasileira **ESTADO CIVIL:** casada  
**PROFISSAO:** Advogada **Nº DO RG:** 3363751  
**ORGÃO EMISSOR:** SSP - PB **DATA DE EMISSÃO:** 09/11/2015  
**Nº CPF:** 090.456.694-39 **ENDEREÇO:** R. Florio Ribeiro  
nº 49, Cantina, Guirinhem - PB, CEP nº 58356-000.

**PODERES:**

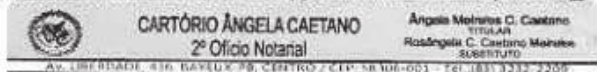
**PODERES:**  
Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Guil Herminio de  
Carvalho, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada 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 de 2019

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
16 JUL. 2019  
PROTÓCOLO  
AGUÃO PESSOA

*Carik Sacramento de Sousa*  
Assinatura

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



Resolvido, como autentica e verdadeira, a(s) Firmança(s) de.....  
 EM JOSÉ HUMILDO DE SOUZA.....  
 Em test.de verdade. Brevé: PB 02/07/2019 14:23:18  
 Jornalista Convulso de Costa Santos - Caravante  
 1919-02747023-0# 89.91 PAPERNA# 0,27 FENEL# 1,98 ISSUE# 0,  
 810 1011A. ALOC#7 OFE



## 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

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 07/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERIK HERMINIO DE SOUZA

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

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

GABRIELLA CHAVES ALVES PESSOA NAVARRO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3ª 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 destreame 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





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, Relª. Desª. 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: 21/08/2018)."

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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 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