



Número: **0816220-82.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **09/07/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
WLADIMIR DE LIMA TIMOTEO (AUTOR)	ANTONIO JACKSON FERREIRA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31918 304	30/06/2020 12:15	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
31918 309	30/06/2020 12:15	<a href="#"><u>2698028_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_04</u></a>	Outros Documentos
31918 310	30/06/2020 12:15	<a href="#"><u>2698028_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_03</u></a>	Outros Documentos
31918 311	30/06/2020 12:15	<a href="#"><u>2698028_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
31918 314	30/06/2020 12:15	<a href="#"><u>2698028_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2020 12:15:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063012152249500000030598115>  
Número do documento: 20063012152249500000030598115

Num. 31918304 - Pág. 1



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 498.887.734-53	4 - Nome completo da vítima: WLADIMIR DE LIMA TIMÓTEO
----------------------------	--------------------------------------	--

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

5 - Nome completo: <b>WLADIMIR DE LIMA TIMÓTEO</b>		6 - CPF: <b>498.887.734-53</b>
7 - Profissão:	8 - Endereço: <b>RUA CICERO JACINTO</b>	9 - Número: <b>34</b>
10 - Complemento: <b>CASA</b>		

11 - Bairro: <b>CATOLÉ</b>	12 - Cidade: <b>CAMPINA GRANDE</b>	13 - Estado: <b>PB</b>
		14 - CEP: <b>58.410-276</b>

15 - E-mail: <b>wladylima@gmail.com</b>		16 - Tel.(DDD): <b>(83) 9.8717-1480</b>
--	--	--

### 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:

<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)

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (941) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <b>BANCO DO BRASIL S.A.</b>
--	---

AGÊNCIA: <b>3331</b>	6	CONTA: <b>128.398</b>
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **3331** 6 CONTA: **128.398** 7

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

Autorize 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 da indenização/reembolso do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **assinei/lei as opções:**

<input type="checkbox"/> Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou	08 AGO. 2019
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou	
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.	

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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input checked="" 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):	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	------------------------------------	---

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	--	--

31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34  
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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **CAMPINA GRANDE-PB, 08 DE AGOSTO 2019.**  
**Wladimir de Lima Timóteo**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

NAO ALFABETIZADO

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

TESTEMUNHA



Data Movim.	Dep. Origem	Histórico	Documento	Valor	Saldo
24/06/2019		Saldo Anterior		27,74 D	<b>27,74 D</b>
01/07/2019	3331-6	Transferido da poupança 29/06 3331 128398-7 WLADIMIR DE LI	3.331.510.128.398	35,00 C	
01/07/2019		Cobrança de Juros	511.058.916	2,16 D	
01/07/2019		Cobrança de I.O.F.	391.100.701	0,76 D	<b>4,34 C</b>
03/07/2019	3331-6	Transferência recebida 03/07 3331 126068-5 DAENE A L SOUS	603.331.000.126.068	450,00 C	<b>454,34 C</b>
04/07/2019	8717-3	Saque no TAA 04/07 11:25 SOP-PARQUE D CRIANCA	41.125.438.792.391	450,00 D	<b>4,34 C</b>
08/07/2019	8717-3	Saque no TAA 08/07 11:13 SOP-PARQUE D CRIANCA	81.113.188.792.391	100,00 D	<b>95,66 D</b>
10/07/2019	8717-3	Depósito Online	2.104.284.324	260,00 C	
10/07/2019		FIES JRS/AMORTIZACAO	6.310.655.004.857	298,12 D	<b>133,78 D</b>
11/07/2019	63-9	Depósito Online	636.510.200.354	100,00 C	<b>33,78 D</b>
12/07/2019	3331-6	Transferência recebida 12/07 3331 126068-5 DAENE A L SOUS	603.331.000.126.068	200,00 C	<b>166,22 C</b>
16/07/2019	3331-6	Transferência enviada 16/07 3331 113381-0 ANITA LEOCADIA	603.331.000.113.381	35,00 D	<b>131,22 C</b>
17/07/2019	8717-3	Saque no TAA 17/07 11:25 SOP-PARQUE D CRIANCA	171.125.258.792.391	100,00 D	
17/07/2019	8717-3	Saque no TAA 17/07 11:26 SOP-PARQUE D CRIANCA	171.126.198.792.391	20,00 D	<b>11,22 C</b>
19/07/2019		Pagto cartão crédito OUROCARD VISA	115.264.004	0,90 D	<b>10,32 C</b>
31/07/2019		S A L D O			<b>10,32 C</b>

Informações adicionais

OBSERVAÇÕES:



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270088/19

**Vítima:** WLADIMIR DE LIMA TIMOTEO

**CPF:** 498.887.734-53

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/03/2016

**Titular do CPF:** WLADIMIR DE LIMA TIMOTEO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Laudo do IML - Lesões corporais  
Outros

**WLADIMIR DE LIMA TIMOTEO : 498.887.734-53**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/08/2019  
Nome: WLADIMIR DE LIMA TIMOTEO  
CPF: 498.887.734-53

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/08/2019  
Nome: CARLOS JURAN CARVALHO PINTO  
CPF: 395.237.804-68

WLADIMIR DE LIMA TIMOTEO

CARLOS JURAN CARVALHO PINTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2020 12:15:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063012152294400000030598121>  
Número do documento: 20063012152294400000030598121

Num. 31918310 - Pág. 1

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, 22 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190474292**      **Vítima: WLADIMIR DE LIMA TIMOTEO**

**Data do Acidente: 15/03/2016**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), WLADIMIR DE LIMA TIMOTEO**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14928758

Pag. 00667/00668 - carta\_01 - INVALIDEZ





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB**

PROCESSO: 08162208220198150001

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A,** empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **WLADIMIR DE LIMA TIMOTEO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA**  
**DA AUSÊNCIA DE BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO**

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

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

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

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

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

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 - 30/06/2020 12:15:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063012152319000000030598124>  
Número do documento: 20063012152319000000030598124

Num. 31918314 - Pág. 1

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Nota-se que o i. perito utilizou os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixada o quantum indenizatório.

Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 26 de junho de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/06/2020 12:15:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20063012152319000000030598124>  
Número do documento: 20063012152319000000030598124

Num. 31918314 - Pág. 2