



Número: **0800240-68.2020.8.15.0031**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Alagoa Grande**

Última distribuição : **31/01/2020**

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

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO (AUTOR)</b>	<b>EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38697 756	25/01/2021 12:51	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
38697 758	25/01/2021 12:51	<a href="#"><u>2701722_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
38697 762	25/01/2021 12:51	<a href="#"><u>2701722_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 12:51:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012512514394800000036895944>  
Número do documento: 21012512514394800000036895944

Num. 38697756 - 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, 30 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190349697**      **Vítima: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO**

**Data do Acidente: 13/01/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO**

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

**Senhor(a), GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO**

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 14385177

Pag. 01759/01760 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020880



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 12:51:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012512514579900000036895946>  
Número do documento: 21012512514579900000036895946

Num. 38697758 - 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, 30 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190349697**

**Vítima: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO**

**Data do Acidente: 13/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO**

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

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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 Junho de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190349697      Vítima: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

Data do Acidente: 13/01/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00221/00222 - carta\_04 - INVALIDEZ



00060111

Carta nº 14470958



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 12:51:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012512514579900000036895946>  
Número do documento: 21012512514579900000036895946

Num. 38697758 - Pág. 3

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	094.280.554-25	Geisy Kelly de Souza Araújo	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Geisy Kelly de Souza Araújo		CPF: 094.280.554-25	
Profissão: AGRICULTURA	Endereço: Sítio Rapador	Número: 51/N	Complemento:
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: ALAGOA GRANDE	Estado: PB	CEP: 58388-000
E-mail: emefreiaalmeidaadv@gmail.com		Tel.(DDD): (88) 9999-7360	

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

**DADOS CADASTRAIS**

RENDIMENTO MENSAL:

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

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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) 0013

AGÊNCIA: **4553**  CONTA: **0418**  (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)

**INVALIDEZ PERMANENTE**

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

**MORTE**

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

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

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

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

Local e Data: <b>ALAGOA GRANDE/PB - 28/10/19</b>	TESTEMUNHAS
Name: _____	1º   Nome: _____ CPF: _____
CPF: _____	COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
(*) Assinatura de quem assina A RODO	
<b>Geisy Kelly de Souza Araújo</b>	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

*Geisy Kelly de Souza Araújo*

TESTEMUNHAS	2º   Nome: _____ CPF: _____
28 MAIO 2019	
PROTOCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	

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

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

V001/2018



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	094.280.554-25	Geisy Kelly de Souza Araújo	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Geisy Kelly de Souza Araújo		CPF: 094.280.554-25	
Profissão: AGRICULTURA	Endereço: Sítio Rapador	Número: 51/N	Complemento:
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: ALAGOA GRANDE	Estado: PB	CEP: 58388-000
E-mail: emefreiaalmeidaadv@gmail.com		Tel.(DDD): (88) 9999-7360	

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

**DADOS CADASTRAIS**  
RENDIMENTO MENSAL:  
 RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104) DPO13

AGÊNCIA: **4553**  CONTA: **0418**  (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:  CONTA:  (Informar o dígito se existir)  (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Local e Data: <b>ALAGOA GRANDE/PB - 28/10/19</b>	TESTEMUNHAS
Name: _____	1º   Nome: _____ CPF: _____
CPF: _____	COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
(*) Assinatura de quem assina A RODO	
<b>Geisy Kelly de Souza Araújo</b>	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
Assinatura do Representante Legal (se houver)	
Assinatura do Procurador (se houver)	
Assinatura	

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

V001/2018





ESTADO DA PARAÍBA

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOA GRANDE**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ:17698753/0001-1 TEL: (83)3273-2240

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGENCIA – SAMU 192  
ALAGOA GRANDE- PB

*Ato Declaratório*

**DECLARAÇÃO**

Declaro para devidos fins que, o Sr. GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO foi atendido no dia 13/01/2019 pela Unidade de Suporte Básica de Vida deste serviço, vítima de queda de moto, o mesmo encontrava-se consciente, orientado apresentando SSVV preservado, sem capacete, sem sinais aparente de fratura, realizado protocolo de imobilização do SAMU sendo o mesmo encaminhado para o Hospital local de Alagoa Grande.



Alagoa Grande, 23 de janeiro de 2019.

*Italo Agra*  
Coordenador / Samu  
Italo Agra

ÍTALO LEÔNIDAS ALVES AGRA

COORDENADOR - SAMU Coren-PB nº 000488130

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA – SAMU 192



AGENDA BRASIL | 001-9  
 Local de pagamento:  
 LEMOS & MORAIS LTDA - ME - CNPJ 05.913.968/0001-22, TELEFONE - 3271-1034  
 Data do documento: 22/10/2018 Número documento: 614201 Espécie Doc.: DS Aceite: N Data processamento: 22/10/2018  
 Nossa número: 28725400001113595  
 Uso do banco: Carteira: 17 Espécie: R\$ Quantidade: 1 Valor documento: 49,90  
 Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário):  
 BR, CAIXA, APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 1,50 E JUROS DE R\$ 0,17 AO DIA.  
 Pagador: Login: egoo2  
 ID: 14358 - EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 095.810.724-62  
 RUA CÔNEGO FIRMINO CAVALCANTE, 887  
 CENTRO - ALAGOA GRANDE - PB - 58388-000 - EM FRENTE AO TRIUFO (ADVOGADOS E ASSOCIADOS)  
 Sacador/Avália: Autenticação mecânica - Ficha de Compensação  
 BANCO DE BRASIL - Banco do Povoado

Local de pagamento: Qualquer agência bancária até o vencimento					Vencimento: 10/05/2019
Beneficiário: LEMOS & MORAIS LTDA - ME - CNPJ 05.913.968/0001-22, TELEFONE - 3271-1034					Agência/Código do Beneficiário: 2896-4 / 00010598-8
Date do documento: 22/10/2018	Número documento: 614201	Especie Doc.: DS	Aceite: N	Data processamento: 22/10/2018	Nossa número: 28725400001113595
Uso do banco: 17	Carteira: R\$	Especie: R\$	Quantidade: 1	Valor documento: 49,90	(+) Valor documento: 49,90 (-) Desconto/Abatimento: (-) Outras Deduções: (+) Mora/Multa: (+) Outros Acréscimos: (=) Valor Cobrado:
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário): BR, CAIXA, APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 1,50 E JUROS DE R\$ 0,17 AO DIA.					



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 12:51:47  
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012512514579900000036895946  
 Número do documento: 21012512514579900000036895946

Num. 38697758 - Pág. 7

00000000000000000000000000000000		001-9	00190.00009 02872.640004 01113.598179 5 788500000004990
Local de pagamento: <b>Qualquer agência bancária até o vencimento</b>		Vencimento: <b>10/05/2019</b>	
Beneficiário: <b>LEMOS &amp; MORAIS LTDA - ME - CNPJ 05.913.968/0001-22, TELEFONE - 3271-1034</b>		Agência/Código do Beneficiário: <b>26964-6 / 00010598-8</b>	
Data do documento: <b>22/10/2018</b>		Número documento: <b>614201</b>	Espécie Doc.: <b>DS</b>
Acerto: <b>N</b>		Data processamento: <b>22/10/2018</b>	
Número documento: <b>28726400001113595</b>		Nosso número:	
Uso do banco: <b>Carteira</b>		Espécie: <b>R\$</b>	Quantidade: <b>49,90</b>
Valor documento: <b>49,90</b>		(+) Valor documento: <b>49,90</b>	
Instruções (Texto de responsabilidade do beneficiário) <b>BR, CAIXA, APÓS VENCIMENTO COBRAR MULTA DE R\$ 1,50 E JUROS DE R\$ 0,17 AO DIA.</b>		(--) Desconto/Abatimento: (--) Outras Deduções: (+) Meta/Multa: (+) Outros Acréscimos: (++) Valor Cobrado:	
Pagador: <b>ID: 14358 - EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO - 095.810.724-62 RUA CÔNEGO FIRMINO CAVALCANTE, 887 CENTRO - ALAGOA GRANDE - PB - 58388-000 - EM FRETE AO TRIUFO ( ADVOGADOS E ASSOCIADOS )</b>			
Logon: <b>egoa2</b> Sacador/Avaliador: 		Autenticação mecânica - Ficha de Comprovação	
Recibo do Pagador:			



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 12:51:47  
<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101251251457990000036895946>  
Número do documento: 2101251251457990000036895946

Núm. 38697758 - Pág. 8

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda via de conta.  
Boleto para pagamento da conta fiscalizada do energisa - www.energisa.com.br  
Nº 025.450.589



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

ANTONIA DA COSTA DE SOUZA  
SIT RAPADOR S/N  
ALAGOA GRANDE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/716652-3

REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2019	24/05/2019	0	31/05/2019	R\$ 19,85

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
<b>CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/06/2019</b>				
Pagador: ANTONIA DA COSTA DE SOUZA CNPJ/CPF: 020.351.854-32				
SIT RAPADOR S/N - AREA RURAL - ALAGOA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número 26249120001973021	Nr Documento 000716652201905	Data Vencimento 31/05/2019	Valor do Documento R\$ 19,85	Valor Pago 09.095.183/0001-40
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 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 - 25/01/2021 12:51:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012512514579900000036895946>  
Número do documento: 21012512514579900000036895946

Num. 38697758 - 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](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 9135

### 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<sup>1</sup> 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 DE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDILANA GOMES ONDRZE DE ARAÚJO

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 095.810.724 / 62, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

GEISY KELLY DE SOUSA ARAÚJO Inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.190.544 / 85,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ, da Vítima GEISY KELLY DE SOUSA ARAÚJO,

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.280.554 / 25, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADA 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 Lider-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>Rua CONEGO FIRMINO CAVALCANTE</u>		Número:	<u>887</u>	Complemento:
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>ALAGOA GRANDE</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:				CEP:	<u>58.388-000</u>
				Tel.(DDD):	<u>83-99997.7360</u>

Local e Data: Alagoa Grande, 01 de maio de 2019

Edilana Gomes Ondrze de Araújo  
Assinatura do Declarante



DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 12:51:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012512514579900000036895946>  
Número do documento: 21012512514579900000036895946

Num. 38697758 - Pág. 10



UMA NOVA HISTÓRIA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
UNIDADE MISTA

ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE REFERÊNCIA: Hospital de Trauma da CG

UNIDADE DE ORIGEM: Hospital da Al. Nova

NOME DO PACIENTE: Gerson Kelly de Souza Araújo

PROCEDÊNCIA:

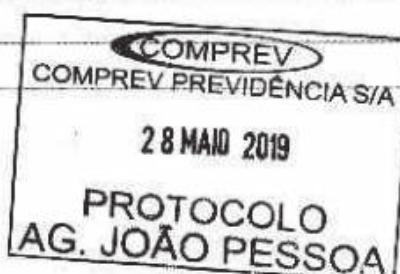
Encaminho a pet cão, 28 anos, dano TCE laringe, cene de 5 dias, dano ósseo masto-ocístico. A unidade acha que estava se recuperando e não lembra do acidente. Vem molhando o orelha, nausseas e epistaxe e desidratação.

Exame praxe: Tórax e abdome: S/ alterações.

ECG: S/ alterações, pupilas isocárpicas e fotonegativas, colarinhos de avulsão de reb.

HD: TCE laringe.

Att



ALAGOA GRANDE (PB): 17101119

Dr. Daniela Cunha  
MEDICO  
CPB-PB-44732

MÉDICO





### Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Geiny Kelly de Souza Shaw</u>	Bairro: <u>Recreio</u>
End: <u>Stro Rapadoir</u>	
Data de Nascimento: <u>28-05-1990</u>	Documento de Identificação: <u>Alagoa Grande, 3</u>
Queixa: <u>Ac. mola</u>	Data do Atend: <u>17/01/19</u> Hora: <u>11:14</u> Documento: <u>111</u>
Acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

### Classificação de Risco

Nível de consciência: <input checked="" type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

### Estratificação

- Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

MOD. 11c

*Q*  
CONCEPCIONAL  
SERVIÇO DE  
EMERGÊNCIA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
Assinatura e carimbo do profissional





<https://trojeho.blog/motivaci/priprava/contax-1814994>

272



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 12:51:47  
<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101251251457990000036895946>  
Número do documento: 2101251251457990000036895946

Num. 38697758 - Pág. 14



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
**SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE**  
**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

**ATESTADO**

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): *Suelio Moreira Torres*  
SÉRIE *0010* PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. *00000000000000000000*  
ESTEVÉ INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A  
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: *506* NO CID. DURANTE  
O PERÍODO DE *17/12/2020* A *10/01/2021* NECESSITANDO DE  
*16 dias* DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES  
CAMPINA GRANDE *20/01/2021*

*Ass. do Médico - Nº. do CRM*  
*Ass. do Responsável*

**AUTORIZAÇÃO**

Eu, *Suelio Moreira Torres* autorizo o  
Dr., *Ass. do Paciente ou Responsável* a registrar o diagnóstico  
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

MOD. 060



NAME:	6	6	5	4	K	E	L	Y	D	S	O	U	A	P.
IDADE:	SEXO	COR:												
	M	F	B	P.	A									

DADOS CLÍNICOS:

Poltão

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

Raio-X De Abdomen  
Raio-X De Cervelo

URGÊNCIA:	ROTINA:	
DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:	José Arthur Góes GREMIDPE 25649 18/01/19



Data da Internação: 17/01/2019 Hora: 17:04:13

<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>				2 - CNES		2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>				4 - CNES		2362856	
<b>Identificação do Paciente</b>							
5 - NOME DO PACIENTE <b>GESY KELLY DE SOUSA ARAUJO</b>				6 - N° DO PRONTUÁRIO		1815226	
7 - CARTÃO DO SUS 704707015835240			8 - DATA DE NASCIMENTO		28/05/1990		
9 - SEXO MASC <input checked="" type="checkbox"/>			10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>MARIA DOLORES DE SOUSA ARAUJO</b>		11 - TELEFONE DO CONTADEIRO DC: 83 N° DE TELEFONE: 993703308		
12 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO) <b>SITIO RAPADOR, 0, ZONA RURAL</b>			13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Alagoa Grande</b>		14 - CODIGO MUNICÍPIO - 15 - UF	16 - CEP 250030 PB 58388000	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Acidente de moto com churrasqueira exteriorizada.</i>							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Plano de internação</i>							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>ex de mama t6a, férme</i>							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Trauma</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL <i>S060</i>		22 - CID 10 SECUNDÁRIO		23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Internação</i>				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA <i>N/</i>		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>02</i>		28 - DOCUMENTO (EX) CNS <i>980016287948286</i>		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>PATRICIA PEDROSA DE AZEVEDO</b>				31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <b>17/01/2019</b> 32 - ASSINATURA E CARAMBOL (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>							
33 - <input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO		34 - <input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		35 - <input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		36 - SÉRIE	
37 - N° DO BILHETE		38 - CNPJ DA SEGURODORA		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA	
41 - CBOR		42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADO <input checked="" type="checkbox"/> EMPREGADOR <input checked="" type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input checked="" type="checkbox"/> DESINVESTIDO <input checked="" type="checkbox"/> APOSENTADO <input checked="" type="checkbox"/> NÃO SEGURADO		43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input checked="" type="checkbox"/> CPF		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
49 - ASSINATURA E CARAMBOL (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		50 - ASSINATURA E CARAMBOL (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		51 - / /		52 - / /	



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
13/01/1994	1. Dietas: Cereais 100g 2. Sodíum: 1000mg IV - 8.15h	8.15h	SAÚDE
14	3. Diuréticos: Simc + PMS 100 mg IV - 8.15h	8.15h	4. Antidiábolos: 100 mg IV - 8.15h
15	5. Tratamento: 1000mg IV - 8.15h	8.15h	5. Antiinflamatórios: 500 mg IV - 8.15h
16	6. Catapaxileno: 100 mg IV - 8.15h	8.15h	6. Antiinflamatórios: 500 mg IV - 8.15h
17	7. Eritromicina: 500 mg + PMS 100 mg IV - 8.15h	8.15h	7. Antiinflamatórios: 500 mg IV - 8.15h
18	8. Acetaminofen: 500 mg IV - 8.15h	8.15h	8. Acetaminofen: 500 mg IV - 8.15h
19	9. Cetoprofeno: 100 mg IV - 8.15h	8.15h	9. Cetoprofeno: 100 mg IV - 8.15h
20	10. Cetoprofeno: 100 mg IV - 8.15h	8.15h	10. Cetoprofeno: 100 mg IV - 8.15h
21	11. Infusionoterapia: 1000ml de Lactato Ringer	8.15h	11. Infusionoterapia: 1000ml de Lactato Ringer





Data: 18/01/2019  
Horas: 11:14:13  
Médico (a) Diarista: Saul Cavalcanti De Medeiros Quinino

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

### DADOS DO PACIENTE:

Nº do prontuário: 1815226 Paciente: GESY KELLY DE SOUSA ARAUJO Idade: 028

Nome da Mãe: MARIA DOLORES DE SOUSA ARAUJO Data de Nascimento: 28/05/1990 Sexo: F

Clinica: AMARELA Enfermaria: 1 Leito: 8 Diagnóstico:

2-3

DIA 18/01/2019

MÉDICO(A): Saul Cavalcanti De Medeiros Quinino /

Item	Prescrição	Aprazamento
1	DIETA VIA ORAL	
2	SORO FISIOLOGICO 0,9% 500ML E.V. 6h/6h	
3	DIPIRONA SODICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, 6h/6h	
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1FRA AMP. 12h/12h	
	Diluir em 150 SF	
	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SF	
5	NECESSARIO SE VOMITOS	
6	OMEPRAZOL INJ 40MG E.V. 1FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h)	
	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1AMPOLA, FAZER SE	
7	NECESSARIO SE DOR REFRATARIA	
8	FENTOINA SODICA 50 MG/ML 5 ML E.V. 1AMPOLA, 8h/8h	
9	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 2AMPOLA, FAZER SE NECESSARIO SE HCt <70 MG/DL	
10	CAPTOPRIL 25 MG V.O. 1COMP. FAZER SE NECESSARIO SE PA >180X110MMHG	
11	DECUBITO ELEVADO DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITais	
13	GLICEMIA CAPILAR A CRITERIO 4h/4h CORRIGIR CONFORME PROTOCOLO	

18(143) 06(142)

ver

ver

gesu Kelly

S. M. Quinino

gesu Kelly

gesu Kelly

Saul C. M. Quinino  
CNPJ: 026.936.194-46  
CNPJ: 026.936.194-46



Copyright © 2003 by Pearson Education, Inc.

DATE 10/75 FORM D 80

108

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 12:51:47

<http://pie.tipp.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012512514579900000036895946>

Número do documento: 21012512514579900000036895946

Núm. 38697758 - Pág. 20

RESUMO DE ALTA  
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

Nome: *Assy Kelly da Silva* RG: *123456789*  
FERNALDAD: *CE*

MISSÃO: *12/21/19*

DN:

PRONT. Nº:

PROCEDÊNCIA:

ALTA: *07/02/19*

Índice da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

*1. Sintomas: dor abdominal*

*2. Exames: USG abdominal*

Resultado dos principais exames

*3. Diagnóstico: apendicitis aguda*

Solução e complicações

*4. Tratamento: cirurgia (apendicectomia)*

Terapêutica realizada

*5. Medicamentos: analgésicos, antibióticos*

Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

*6. TEG*

Indicações médicas para paciente / egresso

*7. Sair para casa*

Observações de alta

Curado

A pedido

Óbito

Melhorado

Inalterado

Transferido para:



RESUMO DE ALTA  
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

E. Jacy Kelly da Paula Souza

DN:

PRONT. Nº:

JURALIDADE:

PROCEDÊNCIA:

ISSÃO: 17/01/19

ALTA: 20/01/19

Resumo da hospitalização (dados positivos da anamnese / exame físico)

Visão: 20/20  
Oculismo: O. esquerda: 20/20  
O. direita: 20/20

Resultado dos principais exames

Exame: pequeno Hb: 11,5 g/dL

Solução e complicações

Doença:

Terapêutica realizada

Exames: Faringoscópio: aspirado nafagrado

Prognóstico (hipotético ou definitivo)

Término:

Entrega médica para paciente / egresso

Oral: ótimo

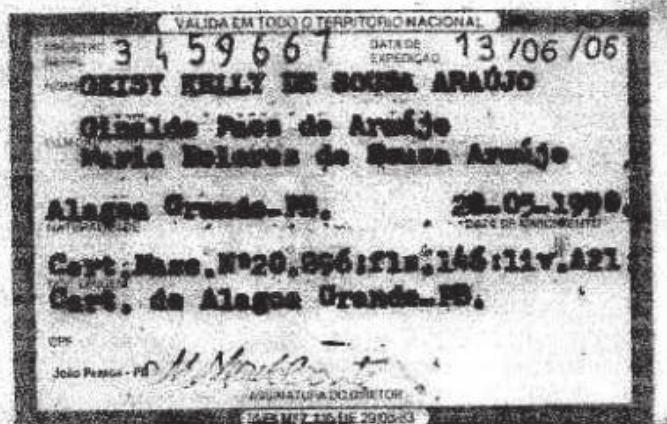
Idiomas de alta

 Curado A pedido Óbito Melhorado Inalterado Transferido para:

00/01/19

Alta







Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **094.280.554-25**

Nome: **GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO**

Data de Nascimento: **28/05/1990**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **25/03/2008**

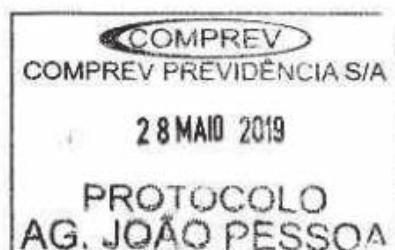
Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:02:07** do dia **28/05/2019** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **CFEC.B53E.B877.D551**



Este documento não substitui o ["Comprovante de Inscrição no CPF"](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190349697      **Cidade:** Alagoa Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO      **Data do acidente:** 13/01/2019      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA EXTRADURAL.  
TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 12

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENÇIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA.

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 %



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0180306/19

**Vítima:** GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

**CPF:** 094.280.554-25

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 13/01/2019

**Titular do CPF:** GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO : 095.810.724-62

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

#### GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO : 094.280.554-25

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: 28/05/2019  
Nome: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO  
CPF: 095.810.724-62

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 12:51:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012512514579900000036895946>  
Número do documento: 21012512514579900000036895946

Num. 38697758 - Pág. 26

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0180306/19

**Número do Sinistro:** 3190349697

**Vítima:** GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

**CPF:** 094.280.554-25

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 13/01/2019

**Titular do CPF:** GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

**GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO : 094.280.554-25**

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: 11/06/2019  
Nome: EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO  
CPF: 095.810.724-62

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/06/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 12:51:47  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012512514579900000036895946>  
Número do documento: 21012512514579900000036895946

Num. 38697758 - Pág. 27



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE ALAGOA GRANDE/PB**

**Processo: 08002406820208150031**

**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 **GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO**, 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:

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

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

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

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

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

**PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPORTADO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 12:51:48  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012512514751100000036895950>  
Número do documento: 21012512514751100000036895950

Num. 38697762 - Pág. 1

**Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.**

**Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).**

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

**VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.**

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

ALAGOA GRANDE, 21 de janeiro de 2021.

JOÃO BARBOSA  
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES  
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 12:51:48  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012512514751100000036895950>  
Número do documento: 21012512514751100000036895950

Num. 38697762 - Pág. 2

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 - 25/01/2021 12:51:48  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012512514751100000036895950>  
Número do documento: 21012512514751100000036895950

Num. 38697762 - Pág. 3