



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	
GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO (AUTOR)		EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38697756	25/01/2021 12:51	Petição	Petição
38697758	25/01/2021 12:51	2701722_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
38697762	25/01/2021 12:51	2701722_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 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, 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 14385177

Pag. 01759/01760 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 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

Pag. 00433/00434 - carta_03 - INVALIDEZ

00060217



Carta nº 14385178





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

Rio de Janeiro, 18 de 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 094.280.554-25 Nome completo da vítima: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

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

Nome completo: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO CPF: 094.280.554-25

Profissão: AGRICULTURA Endereço: SITIO RAPADOR Número: _____ Complemento: _____

Bairro: ZONA RURAL Cidade: ALAGOA GRANDE Estado: PB CEP: 58388-000

E-mail: omfreialmeidaand@gmail.com Tel. (DDD): (83) 99991-3360

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

RENDA 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) 09013

AGÊNCIA: 4553 ☐ CONTA: 0418 ☐ 9

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐

(informar o dígito se existir)

(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.

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 **assinale 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

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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, ALAGOA GRANDE/PB - 28/05/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Geisy Kelly de Sousa Araújo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Suelio Moreira Torres

Assinatura do Procurador (se houver)

Araújo

TESTEMUNHAS

1ª Nome: COMPREV

CPF: _____

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

28 MAIO 2019

2ª Nome: _____

CPF: _____

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

VO01/2018

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 ASL: _____ CPF da vítima: 094.280.554-25 Nome completo da vítima: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

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

 Nome completo: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO CPF: 094.280.554-25

 Profissão: AGRICULTURA Endereço: SITIO RAPADOR Número: _____ Complemento: _____

 Bairro: ZONA RURAL Cidade: ALAGOA GRANDE Estado: PB CEP: 58388-000

 E-mail: omfreialmeidaand@gmail.com Tel. (DDD): (83) 99991-3360

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

 RENDA 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) 09013

 AGÊNCIA: 4553 ☐ CONTA: 0418 ☐ 9
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

 AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
 (informar o dígito se existir) (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.

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 **assinale 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

 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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 ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

 Local e Data, ALAGOA GRANDE/PB - 28/05/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Geisy Kelly de Sousa Araújo
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Suelio Moreira Torres
 Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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

TESTEMUNHAS

 1ª Nome: COMPREV

 CPF: _____ COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
28 MAIO 2019

2ª Nome: _____

 CPF: _____ PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
 Assinatura




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.

[Assinatura]
Coordenador Samu
Ítalo Agre

ÍTALO LEÔNIDAS ALVES AGRA

COORDENADOR - SAMU Coren-PB nº 000488130

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA – SAMU 192



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Releia para entender pagamento da nota fiscal/compra de energia elétrica. N° 025.450.589



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. 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

MAI/2019

APRESENTAÇÃO

24/05/2019

CONSUMO

0

VENCIMENTO

31/05/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 19,85

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 03/06/2019				
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	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120001973021	000716652201905	31/05/2019	R\$ 19,85	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



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



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu EDILANA GOMES OLIVEIRA 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 094.280.554 / 25

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 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>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>58388-000</u>	Tel. (DDD): <u>83 99997.7360</u>

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

Edilana Gomes Oliveira de Araújo
Assinatura do Declarante



DLDRLO01 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



UMA NOVA HISTÓRIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIDADE MISTA

ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE REFERÊNCIA: Hospital de Trauma de CG

UNIDADE DE ORIGEM: Hospital de Al Nova

NOME DO PACIENTE: Gerson Kelly de Sousa Araújo

PROCEDÊNCIA:

Encaminhado a pet. curar, 28 anos, devido TCE leve há cerca de 5 dias, devido acidente motociclístico. A mesma afirma que estava si capoteado e não lembra do acidente. Vem relatando el vômitos, náuseas e epistaxe desde então.

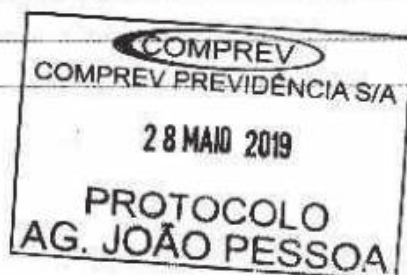
Ex físico: p/oxar, tórax e abdome si alterações.

ECG 15, pupilas isocólicas e foto-oculista.

cd. encaminhado p/ avaliação de NCB.

HD: TCE leve.

ATC



ALAGOA GRANDE (PB): 17/01/19

Dr. Daniela Cunha
RECUSA
CPF: 03.4732

MÉDICO



Ficha de Acolhimento

Nome: <u>Geiny Kelly de Souza Araújo</u>	Bairro: <u>Barro Preto</u>
End: <u>Sítio Rapado</u>	
Data de Nascimento: <u>28.05.1990</u>	Documento de Identificação: <u>Magda Grande, 13</u>
Queixa: <u>Ac. moto</u>	Hora: <u>11:14</u> Documento:
Acidente de trabalho? () Sim () Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo	Aspecto: () Calmo () Fáceis de dor () Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida
Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Maca	

Estratificação

- () Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas
() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110





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



ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº: 1814994
CLASS. DE RISCO: AMARELO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Nalvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 17/01/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07
Assistente: Daniela Dos Santos Linhares
PACIENTE: GESY KELLY DE SOUSA
CPF: 58388000 Nascimento: 28/05/1990

ARAÚJO
Endereço: SÍTIO RAPADOUR
Sexo: F Telefone: 903703308

Cidade: Aguaí Grande
Idade: 028 Barro ZONA RURAL

Nome da Mãe: MARIA DOLORES DE SOUSA
RAUJO

Responsável:
CPF: Profissão: MANICURE

Estado Civil: Solteira
Data de Nascimento: 28/05/1990
Data de Atendimento: 17/01/2019

Motivo: ACIDENTE DE MOTO
Hora: 11:16:23

Médico:
CRM:

OBS FICHA:
MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Cabeça 19. Fratura aberta fechada
2. Braço 20. Fratura aberta fechada
3. Cotovelo 21. Hematoma
4. Antebraço 22. Injúria por objeto penetrante
5. Mão 23. Escoriação
6. Dor 24. Lesão por pressão
7. Edema 25. Luxação
8. Entorse 26. Mordedura
9. Entorse 27. Movimento anormal passivo
10. Entorse 28. Objeto penetrante
11. Entorse 29. Escoriação
12. Entorse 30. Paralisação
13. Entorse 31. Paralisação
14. Entorse 32. Paralisação
15. Entorse 33. Paralisação
16. Entorse 34. Paralisação
17. Entorse 35. Paralisação
18. Entorse 36. Paralisação

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID: T85.001.001

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

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101251251457990000036895946

Número do documento: 2101251251457990000036895946

Num. 38697758 - Pág. 13

12

$\begin{array}{r} 0 \\ 0 \\ 0 \\ 0 \\ 0 \\ 0 \\ 0 \\ 0 \end{array}$

[illegible]

13-0561

W. J. J. J.

rate is a $\frac{1}{2}$ per cent

1

100

() Centro cirúrgico _____
() Internação (setor) _____
() Alta hospitalar / () A revelia
() Decisão Médica
() Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

www.elsevier.com/locate/jneurosci

212





**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): Guilherme Viana
SÉRIE 19 PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. 506
ESTEVÉ INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº. 506 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 17 / 03 / 19 A 20 / 03 / 19 NECESSITANDO DE
16 (seis) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES

Campina Grande 20 / 03 / 19

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

MCD. 080





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO

Nome:	G	C	S	Y	K	E	L	L	Y	D	S	O	U	S	A	P.
Idade:																
Sexo:	M	F														
Cor:																
Peso:																
Altura:																
Clinica:																
Enf:																
Leito:																

DADOS CLÍNICOS:

RAIO X
REALIZADO EM:
17/01/19

POLÍTICO

MATERIAL A EXAMINAR:

EXAMES SOLICITADOS:

RAIO-X DETONAX AP CLAVICULA
RAIO-X DE RELVE AP

-RAIO-X DE JOELHO D M. P. P. P. P.

URGÊNCIA:

ROTINA:

DATA:

HORA DA SOLICITAÇÃO:

16/01/19

José Antônio D. Paulino
CREMEPE 25449

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

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				2 - CNES 2362856	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES				4 - CNES 2362856	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE GESY KELLY DE SOUSA ARAUJO				6 - N° DO PRONTUÁRIO 1815226	
7 - CARTÃO DO SUS 704707015835240		8 - DATA DE NASCIMENTO 28/05/1990		9 - SEXO Masc <input type="checkbox"/> Fem <input checked="" type="checkbox"/>	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL MARIA DOLORES DE SOUSA ARAUJO				11 - TELEFONE DE CONTATO 83 993703308	
12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO) SITIO RAPADOR, 0, ZONA RURAL					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Alagoa Grande		14 - CÓDIGO MUNICIPAL 250030		15 - UF PB	
				16 - CEP 58388000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <i>Acidente de moto e fraturas</i> <i>extraósteais</i> </div>					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <i>Pessoa de alto risco</i> </div>					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <i>CS de crânio e tórax fechados</i> </div>					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL TCE		21 - CID 10 PRINCIPAL S06.0		22 - CID 10 SECUNDÁRIO 	
				23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS 	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Internação				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 	
26 - CLÍNICA NCE		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02		28 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF 980016287948286	
29 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 980016287948286		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE PATRICIA PEDROSA DE AZEVEDO			
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 17/01/2019		32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) 			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	
36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE		38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOB	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO (X) CNES () CPF		46 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

07/05

TUE

Paciente	Adoamento	Leito	Convênio
Ceszy Kelly da Sousa Araújo			
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
12/05/19	(1) Dieta Geral 20	3h00	de NCE
	(2) Soro 500ml IV 8/18h	3h00	
	(3) Dipirona 3ml + MB IV 8/18h	3h00	Assimilação do leite
	(4) Tramadol 100mg + 500ml 20 IV 8/18h	3h00	Calor, 31 graus, e a pele
	(5) Cateterização 100mg + 500ml 20 IV 12/18h	3h00	secura
	(6) Enxofradina 50mg + MB IV 8/18h	3h00	de de 30-32, HED
	(7) Fenilefrina 3ml + 500ml 20 IV 8/18h	3h00	porba de temperatura 38,00
	(8) Adrenocort 4mg + MB IV 8/18h 5ml	3h00	31,00
	(9) Captopril 45mg IV 8/18h 140 x 100	3h00	de 10-15 para 10/18h, normal.
	(10) Cloz. 100mg 2x/dia	3h00	
	(11) Infusão de Amphotericina	3h00	



GOVERNO
DA PARAÍBA

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 FISIOLÓGICO 0.9% 500ML E.V. 6h/6h	
3	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, 6h/6h	
4	CETOPROFENO 100 MG E.V. 1 FRA AMP. 12h/12h Diluir em 150 SF	
5	ONDANSETRONA CLORIDRATO 2 MG/ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE VÔMITOS	
6	OMEPRAZOL INJ 40MG E.V. 1 FRA AMP. 24h/24h (ADM AS 6h)	
7	TRAMADOL CLORIDRATO 100 MG/2ML 2 ML E.V. 1 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE DOR REFRATÁRIA	
8	FENITOINA SÓDICA 50 MG/ML 5 ML E.V. 1 AMPOLA, 8h/8h	
9	GLICOSE A 50% 10 ML E.V. 2 AMPOLA, FAZER SE NECESSÁRIO SE HGT < 70 MG/DL	
10	CAPTAPRIL 25 MG V.O. 1 COMP. FAZER SE NECESSÁRIO SE PA > 180 X 110 MMHG	
11	DECUBITO ELEVADO DECUBITO ELEVADO A 30 GRAUS	
12	CUIDADOS GERAIS + SINAIS VITAIS	
13	GLICEMIA CAPILAR A CRITÉRIO 4h/4h CORRIGIR CONFORME PROTOCOLO	

rea

rea

seu end

D. ulup

pearr

end: upm

Saul C. M. Quinino
CRM-PB 8737
CPF: 026.936.194-40







GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍS GONZAGA FERNANDES

RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

Nome: *Cary Kelly de Jesus Lima*

DN:

PRONT. Nº:

RESIDÊNCIA:

PROCEDÊNCIA:

MISSÃO: *19/01/19*

ALTA: *20/01/19*

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

Tipos de fratura de fêmur
Fratura de fêmur

Resultado dos principais exames

Exames de imagem

Diagnóstico e complicações

Fratura de fêmur

Terapia realizada

Tratamento cirúrgico

Prognóstico (hipotético ou definitivo)

Bom

Recomendações médicas para pacientes / egresso

Recomendações de fisioterapia

Condições de alta

Curado

☐ A pedido

☐ Óbito

☒ Melhorado

☐ Inalterado

Transferido para:



RESUMO DE ALTA
(REFERÊNCIA OU CONTRA REFERÊNCIA)

Dr. Gley Kelly de Sousa Araújo
IDENTIFICAÇÃO:

DN:

PRONT. Nº:

PROCEDÊNCIA:

DATA DE EMISSÃO: 17/03/19

DATA DE ALTA: 20/03/19

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

*Infarto do miocárdio
 + Exolúrio + vômitos*

Resultado dos principais exames

ECG: regular HR 102 Taquicardia (P)

Evolução e complicações

sem evolução

Terapêutica realizada

aspirina, heparina, morfina, nitroglicerina, aspirina, morfina

Diagnóstico (hipotético ou definitivo)

TEI

Recomendações médicas para pacientes / egresso

Dr. Kelly de Sousa Araújo

Condições de alta

☐ Curado

☐ A pedido

☒ Óbito

☒ Melhorado

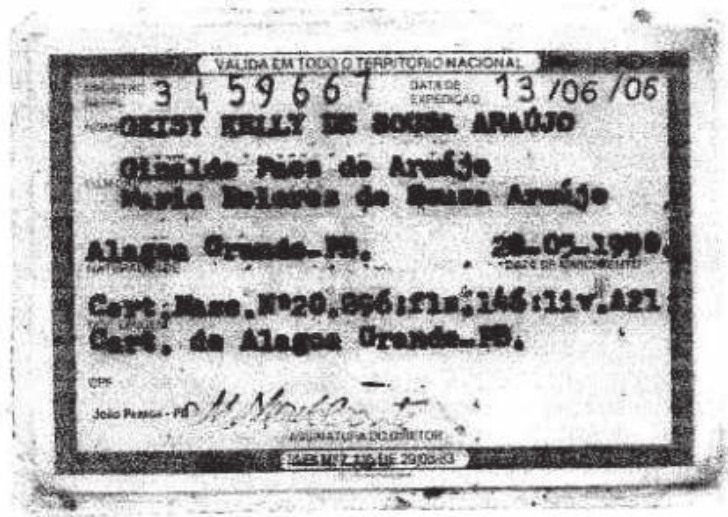
☐ Inalterado

Transferido para:

20/03/19

ppcar







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 EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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



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

CPF de: Próprio

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 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

EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/01/2019

Titular do CPF: GEISY KELLY DE SOUSA ARAUJO

CPF de: Próprio

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 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

EDILANA GOMES ONOFRE DE ARAUJO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





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.^a, 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 nexos 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 inexistente nexos 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 nexos 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 NEXOS 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.



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