



Número: **0800414-13.2020.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Princesa Isabel**

Última distribuição : **17/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|--|--|
| JOSE DAMIAO PEREIRA (AUTOR) | HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO) |
| TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO) | |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|-----------|--------------------|--|-------------------|
| 33729 865 | 28/08/2020 14:49 | <u>Petição</u> | Petição |
| 33729 868 | 28/08/2020 14:49 | <u>2724170_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u> | Outros Documentos |
| 33729 872 | 28/08/2020 14:49 | <u>2724170_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u> | Outros Documentos |

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/08/2020 14:49:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082814490205900000032273830>
Número do documento: 20082814490205900000032273830

Num. 33729865 - Pág. 1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE PRINCESA ISABEL/PB

Processo: 08004141320208150311

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 **JOSE DAMIAO PEREIRA**, 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 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.

POR TANTO, 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.

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/08/2020 14:49:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082814490226300000032273833>
Número do documento: 20082814490226300000032273833

Num. 33729868 - Pág. 1

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,

PRINCESA ISABEL, 26 de agosto 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/08/2020 14:49:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082814490226300000032273833>
Número do documento: 20082814490226300000032273833

Num. 33729868 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.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, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190254190 **Vítima: JOSE DAMIAO PEREIRA**

Data do Acidente: 16/11/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE DAMIAO PEREIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14139564



PAG. 01577/01578 - CARTA 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/08/2020 14:49:02
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082814490247900000032273837>
Número do documento: 20082814490247900000032273837

Num. 33720872 Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190254190

Vítima: JOSE DAMIAO PEREIRA

Data do Acidente: 16/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE DAMIAO PEREIRA

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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. 00031/00032 - carta_03 - INVALIDEZ



00060016

Carta nº 14141709



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/08/2020 14:49:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082814490247900000032273837>
Número do documento: 20082814490247900000032273837

Num. 33729872 - Pág. 2



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, 28 de Maio de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190254190 Vítima: JOSE DAMIAO PEREIRA

Data do Acidente: 16/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE DAMIAO PEREIRA

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. 00765/00766 - carta_04 - INVALIDEZ



00070383

Carta nº 14378141



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/08/2020 14:49:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082814490247900000032273837>
Número do documento: 20082814490247900000032273837

Num. 33729872 - 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 ASL: | CPF da vítima: | Nome completo da vítima: | |
| | 08.655.154-68 | José Flávio Pereira | |

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

| | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------|
| Nome completo: José Flávio Pereira | | CPF: 08.655.154-68 |
| Profissão: Agricultor | Endereço: R. Prof. Antônio Eugênio Bezerra | Número: 92 |
| Bairro: Maia | Cidade: Princesa Isabel | Estado: PB |
| | | CEP: 58.455-000 |
| E-mail: bmc.advocacia@gmail.com | | Tel.(DDD): (84)3846-1036 |

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

DADOS CADASTRAIS

| | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 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

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) | Name do BANCO: _____ |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ |
| AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ | (Informar o dígito se existir) |

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de Indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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.

MORTE

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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Princesa Isabel/PB, 28 de Fevereiro de 2019.

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

COMPREV
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
02 ABR. 2019

2º | Nome: AG. JOÃO PESSOA
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

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.

FPS.001 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 ASL: | CPF da vítima: | Nome completo da vítima: | |
| | 408.655.154-68 | José Damíão Pereira | |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | | |
| Nome completo: José Damíão Pereira | | CPF: | |
| Profissão: Agente de Saúde | Enderço: R. Prof. Antônio Eugênio Bezerra | Número: 92 | Complemento: |
| Bairro: maia | Cidade: Princesa Isabel | Estado: PB | CEP: 58.155-000 |
| E-mail: jhmrc.advercacia@gmail.com | Tel.(DDD): (87) 3846-1036 | | |

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

RENDIMENTO MENSAL:

| | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 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

| | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) | Nome do BANCO: _____ |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ |
| AGÊNCIA: 0043 | CONTA: 190653 |
| (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 (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 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 pais/avós vivos? 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: *Princesa Isabel/PB, 27 de maio de 2019*
Nome: _____
CPF: _____

(* Assinatura de quem assina o RG)
José Damíão Pereira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____
2º | Nome: _____
CPF: _____

COMPANHEIRO
Assinatura
EVIDENCIAS/A
27 MAIO 2019
Assinatura
JOÃO COLO

Assinatura do Representante Legal (se houver)

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 RG, 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





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
16ª AISPC DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



C E R T I D Ã O

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial: Nº077/2019, LIVRO nº 03/2018, sob a responsabilidade da autoridade policial, Delegado Bruno Sergio Maciel de Queiroz.

DATA: 11 de fevereiro do ano de Dois Mil e Dezenove

HORA: 11h10min

CIDADE: PRINCESA ISABEL - PB

NOTICIANTE: JOSÉ DAMIÃO PEREIRA, brasileiro, casado, agricultor, RG; 1396290 SSP/PB, CPF 708.655.154-68, nascido em 04.06.1969, com 49 anos de idade, natural de Princesa Isabel/PB, filho de Francisco Caetano Pereira e de Maria Barbosa Pereira, residente no(a) Rua Prof. Antônio Eugenio Bezerra, nº92, Bairro Maia, Princesa Isabel/PB.

NARRATIVA

QUE no dia 16 de novembro de 2018, por volta das 18h, eu estava no centro de Princesa Isabel/PB; QUE pilotava sua MOTOCICLETA HONDA/CG 150 TITAN KS, PALCAMNK7756/PB, ANO/MOD; 2006, COR; PRATA, CHASSI; 9C2KC08106R962715, registrada em nome da Sra. SELMA BARBOSA FERREIRA PEREIRA, quando em um cruzamento vinha um carro e eu fui frear e perdi o controle da motocicleta; QUE quando eu freei a motocicleta caiu em cima do meu pé esquerdo; QUE eu fui socorrido por populares para UPA(UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO)nesta cidade; QUE devido a queda, fraturei o osso do tornozelo do pé esquerdo.

é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante José Damíão Pereira

Assinatura: [Signature] : 26600 355.636-3

Agente/Escrivão

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S.A.

02 ABR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Rua Cel. José Pereira Lima, SN, Alto do Cascavel, Princesa Isabel - PB.
Fone/fax: (0XX83) 3457 2381.





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: | Nome completo da vítima: | |
| | 08.655.154-68 | José Flávio Pereira | |

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

| | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------|
| Nome completo: José Flávio Pereira | | CPF: 08.655.154-68 |
| Profissão: Agricultor | Endereço: R. Prof. Antônio Eugênio Bezerra | Número: 92 |
| Bairro: Maia | Cidade: Princesa Isabel | Estado: PB |
| | | CEP: 58.455-000 |
| E-mail: bmc.advocacia@gmail.com | | Tel.(DDD): (84)3846-1036 |

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

| | | | |
|--|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 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 OPCIÃO DE CONTA

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) | Name do BANCO: _____ |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | |
| AGÊNCIA: _____ | AGÊNCIA: _____ |
| CONTA: _____ | CONTA: _____ |
| (Informar o dígito se existir) | (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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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.

MORTE

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 Sim Não Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Princesa Isabel/PB, 28 de Fevereiro de 2019.

Nome: _____

CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

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.

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/08/2020 14:49:02

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082814490247900000032273837

Número do documento: 20082814490247900000032273837

Num. 33729872 - Pág. 7

SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA

Telefone: (83) 3457-2270

RX

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

CNES: 7637802

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, nº S/N - MAIA

Telefone: (83) 3457-2270 Fax: 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM Data: 16/11/2018

| | | |
|--|---|-----------------------------------|
| Cod. Prof: 21 | Profissional: JAILSON DA PAIXAO RAMOS | Senha: Senha |
| Pront. - Paciente: 29747 - JOSE DAMIAO PEREIRA | | Pront. Local: |
| Data Nasc.: 04/06/1969 | Idade Pac.: 49 Anos, 5 Meses e 12 Dias. | RG: 196290 |
| Endereço: RUA - PROFESSOR ANTONIO BEZERRA | | Nº: S/N |
| Bairro: MAIA | Município: PRINCESA ISABEL | |
| Nome da Mãe: MARIA BARBOSA PEREIRA | | Cartão SUS: 700303937744438 |
| Data e Hora da Recepção: 16/11/2018 18:39 | Nº da Ficha: 90415 | Nº do Atendimento: 1º Atendimento |

Hipertensão: () Sim (X) Não Diabetes: () Sim (X) Não CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: (X) VERDE

DADOS GERAIS DA CONSULTA MÉDICA

DADOS DA PRÉ CONSULTA Tipo de Clínica: CLÍNICA MEDICA
 Profissional da Pré-Consulta: 100 - ROSINES MEDEIROS FREITAS
 P.A.: 144 X 91 mmHg Peso: ____Kg Temperatura: ____°C Estatura: ____cm Per. Cefálico: ____ Per. Torácico: ____ Glicemila: ____mg/dl

Data: 16/11/2018 18:59;
COREN370840

Informações da Pré-Consulta:

DOR E EDEMA EM PÉ ESQUERDO APÓS MOTO CAIR POR CIMA DO PÉ HÁ +- 1 HORA.
 Medicamentos em Uso:

NEGA.

- Informações Médicas:

QD / HPMA / ISDA / ANTEC / EXAME FÍSICO:

16/11/2018 18:56:37 JAILESON DA PAIXAO RAMOS
 PCTE SEQUEIXA DOR PE E POSTERIOR QUEDA DE MOTO

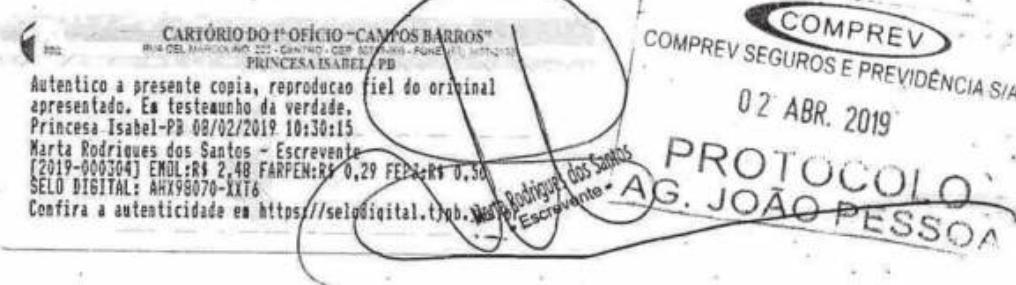
- Informações De Exames:

| | |
|----------------|---------------------------------|
| Código SUS | Descrição |
| 02-04-06-015-0 | RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE |

- Informações Medicamentos:

Grupo: 0

| Código | Descrição | Qty. | Apresentação | Via. Adm. | Frequencia |
|--------|----------------------------|------|--------------|-----------|------------|
| 382 | CETOPROFENO 50MG/ML 2ML IM | 1 | AMP | IM | AGORA |
| 334 | DIPIRONA 1G/2ML | 1 | AMP | EV | AGORA |

*Jose Damiao Pereira*

Assinatura do Paciente/Responsável

Jailson P. Ramos
 CRM-FPB 2002
 CRNEPE 20471

JAILSON DA PAIXAO RAMOS C.R.M.: 8802-PB

Pág: 1 de 1

Gerado por: Focus Desenvolvimento de Sistemas Ltda - Sistema Saúde Versão Atual: 2.1.2.85-A



SELMA BARBOSA FERREIRA PEREIRA
RUA PROF ANTONIO EUGENIO BEZERRA, 92 - MAIA
PRINCESA ISABEL/PB CEP: 58755000 (AG: 165)

Emissão: 29/12/2018 Referência: Dez / 2018

Classif/Subcl: RESIDENCIAL / BÁSICA FONDO MONOFÁSICO B-205 Km 25 - Cachorro Redondo - Indo Pernambuco PB - CEP: 58100-100
Roteiro: 17 - 165 - 140 - 5099 N° medidor: 00009004128

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 002620250001-49 Inst. Edi: 16015222-0

Nº da Fatura/Código de Energia Elétrica: N/017770.57
Cód. para Déb. Automática: 0999482005

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

| | | | |
|-------------------|--------------|----------------------------------|------------------------------|
| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI: |
| Dez / 2018 | 28/12/2018 | 28/01/2019 | 929.450.904-49 Inst. Edi. |

UC (Unidade Consumidora):

5/462060-5

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
O Desligamento Programado é uma interrupção de energia necessária para realizar manutenção e melhorias na rede elétrica. Para saber se haverá desligamento na sua região acesse o nosso site ou o app Energisa On. Fique sintonizado com os avisos por SMS, e-mail, carta, jornal e rádio.

| SGI | Descrição | Anterior | | Atual | | Constante | Consumo | Dias |
|------------------------|---------------------------|----------|----------|--------|---------|-----------|---------|------|
| | | Data | Lectura | Data | Lectura | | | |
| Demonstrativo | | | | | | | | |
| 0801 | Consumo até 30MWh-BR | 30.000 | 0.287890 | 8.52 | 8.83 | 27 | 2.33 | 0.02 |
| 0801 | Consumo > 31 a 100MWh-BR | 70.000 | 0.492640 | 24.54 | 34.54 | 27 | 9.32 | 0.37 |
| 0801 | Consumo > 101 a 220MWh-BR | 41.000 | 0.740200 | 30.35 | 30.35 | 27 | 9.19 | 0.25 |
| 0801 | Adic. B. Amarela | | | 0.04 | 0.04 | 27 | 0.01 | 0.00 |
| 0810 | Suporte | | | 47.02 | 47.02 | 27 | 12.72 | 0.51 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | | | |
| 0807 | CONTRIBUICAO PÚBLICA | | | 10.27 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 |
| 0908 | Devolução Subsídio | | | -31.47 | 0.00 | 0 | 0.00 | 0.00 |

CCI Código de Classificação do Item TOTAL
Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
164 08/01/2019 R\$ 107,98

200 | 213 | 203 | 180 | 164 | 155 | 148 | 137 | 148 | 127 | 152 | 137
Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18

CONSULTA AO RISCO

bf3f.83ed.fcfcd.5246.41bd.a75c.bd1e.496b.

| Indicadores de Qualidade | | Referência: 10/2018 - Período: 01/01/2018 | |
|--------------------------|---------|---|----------------|
| Límites da ANEEL | Apurado | Limite de Tensão (V) | |
| DIMENSAL | 7,86 | 1,67 | |
| DOI TRIMESTRAL | 15,32 | | NOMINAL |
| DICANAL | 39,45 | | 220 |
| FICMENSAL | 5,51 | 1,00 | CONTRATADA |
| FICTRIMESTRAL | 7,42 | | LIMITESUPERIOR |
| FICAHML | 14,45 | | 203 |
| DRC | 4,31 | 0,00 | LIMITEinferior |
| DORI | 12,22 | | 231 |

Composição do Consumo

| Descrição | Valor (R\$) | % |
|----------------------------------|-------------|--------|
| Serviços de Dist. de Energia/EPB | 17,47 | 16,19 |
| Carregador de Telefone | 22,92 | 21,02 |
| serviço de Transmissão | 2,73 | 2,57 |
| Encargos Fiscais | 4,47 | 4,17 |
| Impostos Diretos e Encargos | 59,74 | 54,40 |
| Outros Serviços | 0,00 | 0,00 |
| Total | 107,98 | 100,00 |

Valor do BIPD (Ref: 10/2018) R\$ 27,40

Faturas em atraso: Nov/18 111,51

ATENÇÃO

* REAVISO DE VENCIMENTO: Caso(s) (s) faturado(s) no dia informado(a) permaneçam em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 12/01/2019. Conforme Resolução 414 da ANEEL. O pagamento após esta data não evita a constrição de dívida, suspendendo o fornecimento caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para comunicação. Caso o fornecedor efetue o pagamento das faturas acima, desconsidere essa mensagem. Fatura sujeita a inclusão em órgão de proteção ao crédito no caso de não pagamento.

* Sua unidade foi faturada como Bacia Pingo, tendo um desconto de R\$31,47.

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

08/01/2019 R\$ 107,98
Matrícula: 462060-2018-12-0
83690000001-6 07980054000-1 04620602018-5 12000165019-7



TIM
BLACK



CTC RECIFE PE PLS

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO
RUA PRAÇA 15 DE NOVEMBRO, 124
ESCRITÓRIO
CENTRO
56670-000 TRIUNFO PE



BAIXE JÁ O
APP MEU TIM



Venha para o Conta
digital e tenha 500 MB
de Bônus todo mês.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/08/2020 14:49:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008281449024790000032273837>
Número do documento: 2008281449024790000032273837

Num. 33729872 - Pág. 10



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Haroldo Magalhães de Carvalho inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.542.024 / 56, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Ilamiao Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 408.655.154 / 68, do sinistro de DPVAT cobertura Envolvidos da Vítima José Ilamiao Pereira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.655.154 / 68, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Adocapado Renda: Recurso Informar 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 | | Número | Complemento |
| <u>Praca 15 de Novembro</u> | | <u>124</u> | |
| Bairro | Cidade | Estado | CEP |
| <u>Centro</u> | <u>Triunfo</u> | <u>PE</u> | <u>56.840-000</u> |
| Email | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) | |
| <u>lmc.adocapado@gmail.com</u> | <u>(84) 3846-1036</u> | | |

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Triunfo, 28 de Fevereiro de 2019.

02 ABR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Declarante

DLDRL_001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, SELMA BARBOSA FERREIRA PEREIRA,
RG nº 1.705.469, data de expedição 30/06/2015,
Órgão SSDS/RB, portador do CPF nº 929.450.904-49, com
domicílio na cidade de Panema Isobel, no Estado de
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Professor Antônio Eugênio Rego, nº 92,
complemento maria, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSÉ DAMIÃO PEREIRA, cujo o condutor era
JOSÉ DAMIÃO PEREIRA.

Veículo: MOTOCICLE INAT ARIC
Modelo: HONDA CG 150 TITAN K1
Ano: 2006/2006
Placa: MNK 7756 RB
Chassi: 92LKC08106R962745
Data do Acidente: 16/01/2018
Local e Data: Panema Isobel / PR, 20 de fevereiro de 2019.

Candidato Campos Barros

Selma Barbosa Ferreiro Pereira.

Assinatura do Declarante

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



SECRETARIA DA SAUDE DO ESTADO DA PARAIBA

Telefone: (83) 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM

UNIDADE PRESTADORA:

Nome: UPA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO PRINCESA ISABEL

CNES: 7637802

Endereço: ALFREDO CARLOS DA COSTA, nº S/N - MAIA

Telefone: (83) 3457-2270 Fax: 3457-2270

E-Mail: ADMPRINCESA.ABBC@GMAIL.COM Data: 16/11/2018

PREScriÇÃO DA CONSULTA MÉDICA

Cod. Prof: 37 Profissional: JAÍLSON DA PAIXAO RAMOS

Pront. - Paciente: 29747 - JOSE DAMIAO PEREIRA

Cartão SUS: 700303937744438

Data Nasc.: 04/06/1969

Idade Pac.: 49 Anos, 5 Meses e 12 Dias.

RG: 196290

Endereço:

Bairro:

Município:

Nome da Mãe: MARIA BARBOSA PEREIRA

Data e Hora da Recepção: 16/11/2018 18:39

Nº da Ficha: 90415

Nº do Atendimento: 1º Atendimento

- Informações Medicamentos:

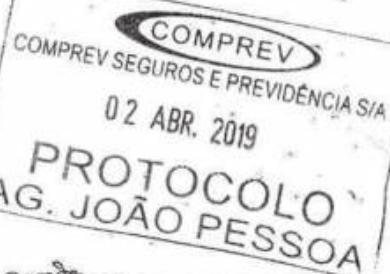
Grupô: 0

| Código | Descrição | Qtd. | Apresentação | Via. Adm. | Frequencia |
|--------|----------------------------|------|--------------|-----------|------------|
| 382 | CETOPROFENO 50MG/ML 2ML IM | 1 | AMP | IM | AGORA |
| 334 | DIPIRONA 1G/2ML | 1 | AMP | EV | AGORA |

Assinatura do Médico
Dr. JAILSON DA PAIXAO RAMOS
COMEN-PB 463593

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO "CAMPOS BARROS"
RUA CEL. MANOEL GOMES, 122 - CENTRO - CEP 58010-000 - FONE: (83) 3457-2270
PRINCESA ISABEL - PB

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade,
Princesa Isabel-PB 08/02/2019 10:30:16
Marta Rodrigues dos Santos - Escrivã
[2019-000305] EMOL:R\$ 2,48 FARPN:R\$ 0,20 FEPJ:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AHX98071-0UYB
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Dr. Jailson P. Ramos
CRM-PB 6012
SSENPE 20-431

Assinatura do Profissional



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr.(a) _____

José Daniels Pires

foi atendido(a) nesta Unidade, no dia 21/11/18 e necessita
afastar-se do seu trabalho por um período de 60 (sessenta)
dias, a partir da presente data, por motivo de doença. CID nº S 82.6

Princesa Isabel - PB 21/11/18

~~Dr. Eliton Almeida~~

~~Assinatura é Carmo do Médico~~

~~Autorizo divulgação do CID~~

Assinatura do Paciente

Preencher atestado conforme resolução do CFM Nº 1.658/2002

UPA 24 HORAS - PRINCESA ISABEL - PB

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 ABR. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA





UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) Sr.(a) José Domingos
Bernie

foi atendido(a) nesta Unidade, no dia 16/03/18 e necessita
afastar-se do seu trabalho por um período de 04 (quatro dias)
dias, a partir da presente data, por motivo de doença. CID nº 10 592

Princesa Isabel - PB 16 / 03 / 18

Dr. Jailson P. Ramos
CRM-PB 2802
CREMESP 20431

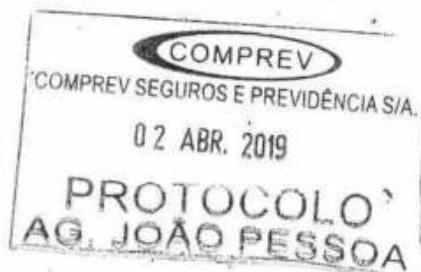
Assinatura e Carimbo do Médico

Autorizo divulgação do CID

Assinatura do Paciente

Preencher atestado conforme resolução do CFM Nº 1.658/2002

UPA 24 HORAS - PRINCESA ISABEL - PB





UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
PRINCESA ISABEL - PB

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME:

Emanuelo S. ~~Barreto~~
Primeras visitas H.R.P. para
colocar ~~colocar~~ ~~colocar~~
A. Pessoa

José Batista da Silveira
Médico
(Médico / Gakimbo / CRM)

Data: 19/11/18

UPA 24 HORAS - PRINCESA ISABEL - PB

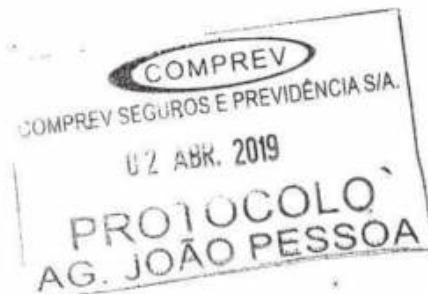
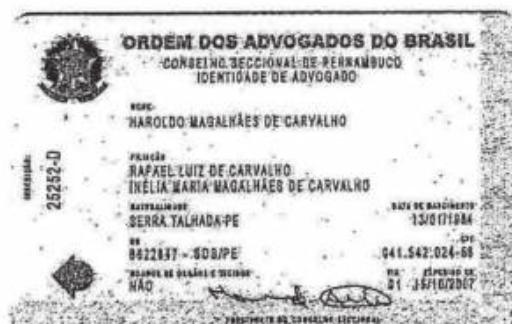
COMPREV
COMPRESSEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
02 ABR. 2019
PROTÓCOLO
G. JOÃO PESSOA





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/08/2020 14:49:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082814490247900000032273837>
Número do documento: 20082814490247900000032273837

Num. 33729872 - Pág. 17



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/08/2020 14:49:02
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082814490247900000032273837
Número do documento: 20082814490247900000032273837

Num. 33729872 - Pág. 18

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190254190 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DAMIAO PEREIRA **Data do acidente:** 16/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE PÉ ESQUERDO. (ATO DECLARATÓRIO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇAS 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 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190254190 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DAMIAO PEREIRA **Data do acidente:** 16/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DE PÉ ESQUERDO. (ATO DECLARATÓRIO)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

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 |

