

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Kliber Genvasio Melo, brasileiro (a),
Sertanejo, moto taxista, inscrito no CPF sob nº 312.750.442-04,
podendo ser intimado (a) na Rua
Pau D'arco, nº 169, bairro: Malvinas, Campina Grande, Paraíba.
Declaro que não posso suportar as despesas processuais decorrentes desta demanda sem prejuízo do meu próprio sustento e de minha família, sendo, pois, para fins de concessão do benefício da gratuidade de Justiça, nos termos da Lei 1.060/50, pobre no sentido legal da acepção da palavra.

Declaro, ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplinada no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Campina Grande - Paraíba, 06 de novembro de 2019

⇒ xKliber Genvasio Melo

Declarante.



- CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

Pelo presente instrumento de contrato, firmado entre as partes de um lado, doravante identificado como contratante: Kleber Genovio Melo, brasileiro, solteiro, Melo taxista, inscrito no CPF sob nº 312.750.442-04, podendo ser intimado na Rua Paul Darcos, nº 169, bairro Malvinas, Campina Grande - Paraíba, contrata com os advogados Dr. Wamberto Balbino Sales, brasileiro, casado, advogado, portador da OAB/PB 6846 e Emmanuel Saraiva Ferreira, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/PB 16.928, ambos com endereço profissional situado a Rua Floriano Peixoto, 4510, Malvinas, em Campina Grande - Paraíba, doravante identificados como contratados, a prestação dos seguintes serviços profissionais:

- 1- A parte contratante celebra com os contratados, a prestação de serviços advocatícios, com objetivo de ajuizar ação própria junto a Comarca de Campina grande - Paraíba, tendo como parte demandada, a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT;
- 2- A parte contratante, não pagará qualquer valor aos contratados de imediato, sendo que, ao final na lide, ocorrendo procedência caberá a parte contratante, pagar aos contratados o valor correspondente à 30% (trinta por cento), sob o valor da condenação, independente da verba sucumbencial a ser arbitrada pelo Juizo, da causa, firmados na clausula- *ad exitum* (quando o pagamento só é feito se a decisão for favorável à parte contratante);
- 3- Em caso de insucesso da demanda, a parte contratante, não desembolsara, quaisquer valores aos contratados, o risco será arcado pelos advogados contratados, independente do ônus de deslocamentos, alimentação, contratação de outros advogados, dentre outras despesas até a entrega final da pretensão requerida;
- 4- Em caso de desistência da demanda, ou, revogação dos poderes em favor de outros outorgados, deverá a parte contratante, pagar aos contratados, o valor correspondente à 30% (trinta por cento) sob o valor da causa;
- 5- Nos termos do art. 22, § 4º da Lei nº 8.906, de 04 de julho de 1994, caberá a parte contratada, requerer a expedição do competente alvará judicial, em separado ao da parte contratante, ao fim da lide..

Elegem as partes, para dirimir quaisquer dúvidas, e execução inclusive o presente, a comarca de Campina Grande - Paraíba;

Nada mais a constar vai o presente devidamente assinado para que surtam seus jurídicos e legais efeitos.

Campina Grande - Paraíba, 06 de novembro de 2019
⇒ Contratante: Kleber Genovio Melo

Contratado: _____

Testemunhas: _____
CPF nº _____

Testemunhas: _____
CPF nº _____



PROCURAÇÃO "Ad Judicia"

OUTORGANTE

brasileiro (a), _____, inscrito no CPF sob nº
_____, podendo ser intimado (a) na Rua

- Paraíba, CEP: _____, neste ato nomeia e constitui como seu bastante procurador e advogado

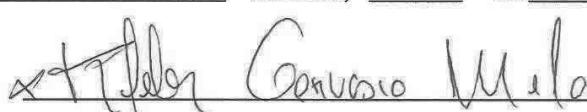
OUTORGADO(S)

Emmanuel Saraiva Ferreira, brasileiro, solteiro, advogado, portador da OAB/PB 16.928, com escritório profissional situado a Rua Floriano Peixoto, 4510, Malvinas, em Campina Grande - Paraíba, com os poderes especial de patrocinar defesa do outorgante junto a processo junto a Comarca de

_____ - Paraíba, podendo os outorgados, requererem o que necessário for junto a quaisquer órgãos administrativos, judiciais para tanto, praticar todos os atos, constantes da **CLÁUSULA AD JUDICIA ET EXTRA**, para o foro em geral, para defender o outorgante, bem como em qualquer órgão do Poder Judiciário e/ou extrajudicialmente, em qualquer grau de jurisdição, e diante de qualquer ente/órgão da Administração Pública direta e indireta, INSS, podendo, para tanto, propor ação e dela variar, contestar, recorrer, requerer, embargar, transigir, passar recibos, receber e dar quitação, desistir, renunciar, firmar acordos, requerer o benefício da gratuidade judiciária e tudo o mais praticar a bem do completo e fiel patrocínio de toda e qualquer pretensão do outorgante, podendo ainda levantar, receber, dar quitação, inclusive o “alvará judicial”, decorrente da presente demandada, substabelecer a outrem, com ou sem reserva de poderes, se lhe convier, dando o outorgante tudo por bom, firme e valioso, como se por ele houvesse sido praticado.

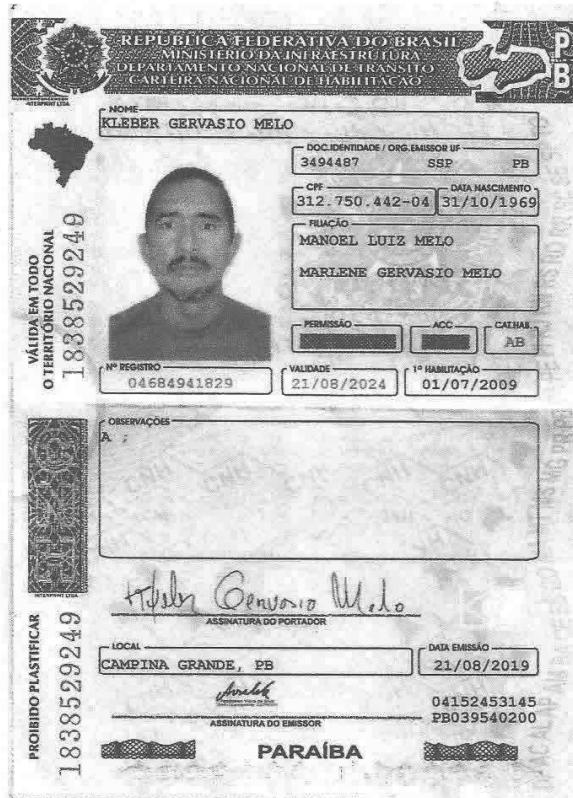
_____ - Paraíba, _____ de _____ de 2019

⇒



Outorgante





Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 12/11/2019 18:01:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19111218015439100000025280890>
Número do documento: 19111218015439100000025280890

Num. 26166725 - Pág. 1



QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Kliber Gervásio Melo
Loc. Nasc. O Grande Est. PB Data 31/10/69
Filiação Miguel Luiz Melo
Marlene Gervásio Melo
Doc. Nº RG - 293 137 - SSP - R.D

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em / / Doc. Ident. Nº
Exp. em / / Estado
Obs.:
Data Emissão 02/08/05 DRT C. Grande PB

José Sávio Neto
Assinatura do Funcionário



CONTRATO DE TRABALHO
CNPJ 09.863.853/0003-93

Empregador **SOSERVI - Sociedade de Serviços Gerais Ltda**
 CNPJ/MF **Av. Guarabira, Nº 626 - Manaíra**
 Rua **CEP: 58.038-140 - João Pessoa - PB**
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento
 Cargo **Tordeiro**
 CBO nº
 Data admissão **02 de fevereiro de 2014**
 Registro nº Fls./Ficha **02003847**
 Remuneração especificada **R\$ 734,00 (setecentos e trinta e quatro reais)**
(R/ mês)
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
Sociedade de Serviços Gerais Ltda.
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída **28 de maio de 2014**
SOCIEDADE DE SERVIÇOS GERAIS LTDA
 Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

700 GAUSS IND COM E EXP DE CALC MAG LTDA
 CNPJ: 05.364.863/0001-61
 End: ASSIS CHATEAUBRIAND, 1431
 Bairro: TAMBOR CEP: 58414-500
 Município: CAMPINA GRANDE UF:PB
 Esp.Estab: Fabricação de calçados de couro
 Cargo: POLIVALENTE DA CONFECÇÃO DE CALÇADOS
 CBO: 764005
 Data de Admissão: 19/08/2014
 Registro Nº: 167
 Remuneração Específica: R\$ 724,00
 (setecentos e vinte e quatro reais) / mensal.
700 GAUSS IND COM E EXP DE CALC MAG LTDA

Ass. do empregador ou a rogo c/test.

1º 2º
 Data saída **15 de Agosto de 2014**
Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
 CNPJ/MF
 Rua N°
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento
 Cargo
 CBO nº
 Data admissão de de
 Registro nº Fls./Ficha
 Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº

CONTRATO DE TRABALHO

Empregador
 CNPJ/MF N°
 Rua N°
 Município Est.
 Esp. do estabelecimento
 Cargo CBO nº
 Data admissão de de
 Registro nº Fls./Ficha
 Remuneração especificada

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Data saída de de

Ass. do empregador ou a rogo c/test.
 1º 2º
 Com. Dispensa CD Nº



ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em 01/04/06 Para R\$ 1.591,60
 Na função de G. mesma
 CBO por motivo de Reajuste Sal. minimo

Assinatura do empregador

Aumentado em 20/04/15 Para R\$ 931,60
 Na função de
 CBO por motivo de Reajuste

Assinatura do empregador

Aumentado em 01/04/16 Para R\$ 973,80
 Na função de
 CBO por motivo de Reajuste

Assinatura do empregador

Aumentado em 01/04/16 Para R\$
 Na função de
 CBO por motivo de

Assinatura do empregador

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de
 CBO por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de
 CBO por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de
 CBO por motivo de

Assinatura do empregador

Aumentado em / / Para R\$
 Na função de
 CBO por motivo de

Assinatura do empregador

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/cópia da energia elétrica. N° 004.466.056



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.826.596/0001-95 Insc.Est. 16.003.839-1

DADOS DO CLIENTE

KLEBER GERVASIO MELO
RUA DOS PAU DARCOS 169
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/77810-0

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

AGO/2019

21/08/2019

103

29/08/2019

R\$ 58,51

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03149.036000 00115.220170 7 79960000005851

Pagador: KLEBER GERVASIO MELO CNPJ/CPF: 312.750.442-04

RUA DOS PAU DARCOS 169 - MALVINAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360000115220	000077810201908	29/08/2019	R\$ 58,51	

08.826.596/0001-95

BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA

AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 12/11/2019 18:01:57

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19111218015635100000025280893>

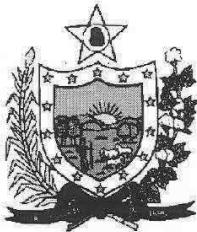
Número do documento: 19111218015635100000025280893

Num. 26166728 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 12/11/2019 18:01:58
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1911121801573270000025280896>
Número do documento: 1911121801573270000025280896

Num. 26166731 Pág. 1



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2^a SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
22^a DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
4^a DELEGACIA DISTRITAL – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Alcides Avelino de Medeiros, 549 – Malvinas – Campina Grande – PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 100/2019

Versando sobre

Hora e data do fato: Às 11:00, do dia 18 de julho de 2019.

Hora e data em que a Delegacia tomou conhecimento: Às 10:26, do dia 28 de agosto de 2019.

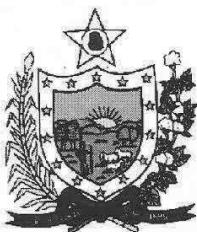
Local do Ocorrido: RUA JABOTICABEIRAS, BAIRRO DAS MALVINAS(PRÓXIMOAO CAMPO DO GUANANI EM CAMPINA GRANDE/PB

VÍTIMA: O(A) COMUNICANTE

KLEBER GERVASIO MELO, do sexo masculino, nascido no dia 31/10/1969, com 49 anos de idade, ID: 3494487, CPF: 312.750.442-04, MOTOTAXISTA CADASTRADO, filho de MANOEL LUIZ MELO e de MARLENE GERVASIO MELO, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, CASADO, natural de CAMPINA GRANDE/PB, BRASILEIRA, residente na RUA PAUDARCOS,169,, bairro MALVINAS, na cidade de CAMPINA GRANDE, Pb, celular Nº (83)98761 0099

TESTEMUNHAS: **JOSÉ MARQUES DE MELO**, do sexo masculino, nascido no dia 26/12/1960, com 58 anos de idade, ID: 2612002 SSP/PB, AJUDANTE DE MECANICA, filho de NÃO DECLARADO e de CLEONICE RAIMUNDO DE MELO, escolaridade: FUND. INCOMPLETO, CASADO, natural de CAMPINA GRANDE/PB,



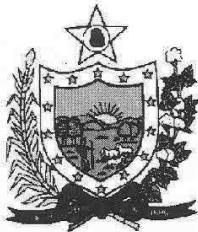


GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2^a SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
22^a DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
4^a DELEGACIA DISTRITAL – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Alcides Avelino de Medeiros, 549 – Malvinas – Campina Grande – PB

BRASILEIRA, residente na RUA SEVERINO ALVES DA FONSECA,37, bairro MALVINAS, na cidade de CAMPINA GRANDE, Pb. E GERALDO ISIDORO DOS SANTOS, do sexo masculino, nascido no dia 03/05/1940, com 79 anos de idade, ID: 103.668, CPF: 250.370.564-20, APOSENTADO, filho de NÃO DECLARADO e de MARIA JOSÉ DA CONCEIÇÃO, escolaridade: FUND. COMPLETO, VIÚVO, natural de CAMPIAN GRANDE/PB, BRASILEIRA, residente na RUA DOS PAUDARCOS,88, bairro MALVINAS, na cidade de CAMPINA GRANDE, Pb.

HISTÓRICO: que na data do dia 18/07/2019, aproximadamente as 11:00 horas, vinha conduzindo a sua moto HONDA/CG 160 FAN, de placa QFM 9793/Pb, de cor branca, ano 2017, modelo 2018, com o chassis de nº 9C2KC2200JR117288 E Renavan de nº 0113683509-9, cadastrada na STTP de nº 386, o mesmo vinha trafegando na Rua Jaboticabeiras no bairro das Malvinas próximo ao Campo do Guarani em Campina Grande/Pb, e em dado momento foi surpreendido com uma rede de interdição colocada pela CAGEPA/PB e devido a esta rede o condutor bateu na mesma e foi ao solo sofrendo lesões no braço direito e vindo a fraturar clavícula e posteriormente foi socorrido pela SAMU de Campina Grande/Pb e conduzido para o hospital TRAUMA de Campina Grande/Pb para os devidos fins.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2^a SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
22^a DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
4^a DELEGACIA DISTRITAL – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Alcides Avelino de Medeiros, 549 – Malvinas – Campina Grande – PB

**PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: A LAVRATURA E A REMESSA DESTE
BOLETIM PARA A COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA,
NESTA 2^a SRPC**

AUTORIDADE

LUCIANO BEZERRA SERRA SECA

Kleber Gervasio Melo

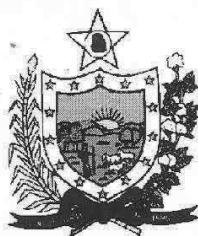
KLEBER GERVASIO MELO

ESCRIVÃO

Antônio Virginio do Nascimento

ANTONIO VIRGINIO DO NASCIMENTO





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
2^a SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRALIZADO – CAMPINA GRANDE – PB
Rua Dom Pedro I, 760 – São José – Campina Grande - PB

OFÍCIO N° S/Nº/2019

Campina Grande, 28 de agosto de 2019

Exame requisitado: EXAME DE CORPO DE DELITO.

SENHOR DIRETOR:

Requisitamos a Vossa Senhoria, as providências, para que no prazo legal (Art. 160 Parágrafo Único, do Código de Processo Penal, alterado pela Lei nº 8.862/94), seja procedido o EXAME DE CORPO DE DELITO na pessoa cujos dados são dispostos a seguir, e que logo após, seja o respectivo LAUDO remetido para a COORDENAÇÃO REGIONAL JUDICIÁRIA, nesta 2^a SRPC - PB.

QUALIFICAÇÃO: KLEBER GERVASIO MELO, do sexo masculino, nascido no dia 31/10/1969, com 49 anos de idade, ID: 3494487, CPF: 312.750.442-04, MOTOTAXISTA CADASTRADO, filho de MANOEL LUIZ MELO e de MARLENE GERVASIO MELO, escolaridade: MÉDIO COMPLETO, CASADO, natural de CAMPINA GRANDE/PB, BRASILEIRA, residente na RUA PAUDARCOS, 169,, bairro MALVINAS, na cidade de CAMPINA GRANDE, Pb, celular N° (83)98761 0099

REFERÊNCIA: Boletim de Ocorrência, lavrado às 10:26 horas, do dia 28 de agosto de 2019; COMUNICANTE: **KLEBER GERVASIO MELO**; TESTEMUNHA: **JOSÉ MARQUES DE MELO**; TESTEMUNHA: **GERALDO ISIDORO DOS SANTOS**

HISTÓRICO DO COMUNICANTE: que na data do dia 18/07/2019, aproximadamente as 11:00 horas, vinha conduzindo a sua moto HONDA/CG 160 FAN, de placa QFM 9793/Pb, de cor branca, ano 2017, modelo 2018, com o chassis de nº 9C2KC2200JR117288 E Renavan de nº 0113683509-9, cadastrada na STTP de nº 386, o mesmo vinha trafegando na Rua Jaboticabeiras no bairro das Malvinas próximo ao Campo do Guarani em Campina Grande/Pb, e em dado momento foi surpreendido com uma rede de interdição colocada pela CAGEPA/PB e devido a esta rede o condutor bateu na mesma e foi ao solo sofrendo lesões no braço direito e vindo a fraturar clavícula e posteriormente foi socorrido pela SAMU de Campina Grande/Pb e conduzido para o hospital TRAUMA de Campina Grande/Pb para os devidos fins.

BEL LUCIANO BEZERRA SERRA SECA
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

AO ILMO. SR. DR

MD. DIRETOR DA UNIDADE DE MEDICINA LEGAL - CAMPINA GRANDE/PB

OFÍCIO N° S/Nº/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **0364655139** 3 - CPF da vítima: **312.750.442-04** 4 - Nome completo da vítima: **KLEBER GERVASIO MELO**

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

5 - Nome completo: KLEBER GERVASIO MELO	6 - CPF: 312.750.442-04		
7 - Profissão: MOTOTAXISTA	8 - Endereço: R. DOS PAU D'ARCO	9 - Número: 169	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MAUINAS	12 - Cidade: CAMPINA GRANDE	13 - Estado: PARAÍBA	14 - CEP: 58.432-820
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD): (83) 99829-8855	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

AGÊNCIA: **7984** CONTA: **11372 5**

(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
--	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	--	---

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nascer (vai nascer)?	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?
--	---	---	--	---	---

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.

<p>34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado</p> <p>35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido</p> <p>36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido</p> <p>37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido</p>	<p>38 - 1º Nome: _____ CPF: _____</p> <p>Assinatura da testemunha</p> <p>39 - 2º Nome: _____ CPF: _____</p> <p>Assinatura da testemunha</p>
---	---

40 - Local e Data, **João Pessoa 18/10/2019** 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Kleber Gervasio Melo**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



Seguradora Líder • DPVAT

IDENTIFICAÇÃO
VITIMA Kleber Gravasi Neto **DATA DO ACIDENTE** 18/07/2019 **CPF DA VITIMA** 312.750.442-04

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR
A VITIMA É Kleber Gravasi Neto **() REPRESENTANTE LEGAL** CUJO PARANTESCO COM
ENDERECO DO PORTADOR Rua Dos Pau Braco **() REPROVANTES** (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
Nº 169 **COMPLEMENTO** Casa **() CPF DA VITIMA** (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
CIDADE Campos Grande **UF** PB **BAIRRO** MALVINAS
E-MAIL _____ **TELEFONE** (83) 93829-8855

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO INL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INL: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AITA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- * MORTE = R\$ 13.500,00
- * INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURADO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REembolso ATÉ R\$ 1.700,00 (REembolso). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- * O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE _____ **RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA** _____
DATA 20/07/2019 **IDENTIDADE** 3.494.487-551/PB **NOME** _____
ASSINATURA Atílio Gravasi Neto **ASSINATURA** _____



RECIPO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364655/19

Vítima: KLEBER GERVASIO MELO

CPF: 312.750.442-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/07/2019

Titular do CPF: KLEBER GERVASIO MELO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

3390 5925 75 *(Handwritten signature)*

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

KLEBER GERVASIO MELO : 312.750.442-04

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

Carmo

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/10/2019
Nome: KLEBER GERVASIO MELO
CPF: 312.750.442-04

KLEBER GERVASIO MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNES SILVA
CPF: 068.954.516-92



SINISTRO 3190592575 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA KLEBER GERVASIO MELO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIFE

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO KLEBER GERVASIO MELO

CPF/CNPJ: 31275044204

Posição em 06-11-2019 10:34:07

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB
Secretaria de Saúde do Município
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAMU Regional CG - 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU REGIONAL CG – 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

DATA: 18/7/2019	HORA: 12:06 HRS	ID Nº: 1788280
NOME: KLEBER GERVASIO MELO		
QUEIXA: ACIDENTE DE TRÂNSITO		
LOCAL: RUA: JABOTICABEIRAS - MALVINAS		
COMPLEMENTO: PRÓXIMO AO CAMPO DO GUARANI		
CIDADE: CAMPINA GRANDE / PB		
DADOS DA REMOÇÃO		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 16 de agosto de 2019.

Deoclécio F. Nascimento
Coordenação Administrativa
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 12/11/2019 18:02:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19111218020305200000025281228>
Número do documento: 19111218020305200000025281228

Num. 26167113 - Pág. 1

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

* REVALUACIÓN DA CINEMATOGRAFIA GERAL (§ 16:00h)

- PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, DEAMBULANDO, COM
FAST, MOSTRANDO SÍMOS DE PNEUMOTÓRAX DILETA, ASSOCIADO
A DOR VENTILATÓRIA -DEPENDENTE.

-CD: SOCIOS VANGUARDIA CIVIL ALTA DA CIRURGIA GERAL

Francisco C. Catalá
IBM 2359 - M.T.R.G. # 06
PIS: 17D800590-34
TPE: 132.031.504-68

**CURSO DE MATERIAIS
PROTEICOS E RESINAS**

PROFISSIONALIZANTE

PROFESSOR: ANTONIO RIBEIRO COSTA

DATA: 25/04/1998

LOCAL: CRM - CRISTALINA

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

DESTINO DO PACIENTE

**JAIKO CESAR S. TORÁDICO
CRM 1556**

Centro cirúrgico _____
 Internação (setor) _____
 Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____
 Alta hospitalar / A revelia
 Óbito Decisão
 Óbito _____
 Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)
Óbito de J. M. de Melo



GOVERNO DA PARAÍBA	SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CAMPINA GRANDE - PARAÍBA
PACIENTE:	KLEBER GERVASIO MELO
DATA DO EXAME:	18/07/2019

ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOME TOTAL - "FAST"

Exame realizado em caráter de urgência, direcionado para avaliação de alterações eventuais relacionadas ao trauma abdominal, segundo solicitação.

METODOLOGIA:

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico na frequência de 4,0 MHz.

ANALISE:

Paciente referindo dor em hemitórax direito e, no estudo ecográfico, observam-se sinais de pneumotorax. Correlacionar com estudo radiográfico.

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Fixado de dimensões e padrão textual normais, com contornos regulares. A árvore biliar intra e extra-hepática não apresentam sinais de dilatação.

Pneuvas de dimensões e padrão textual usuais para a faixa etária do paciente nas porções visualizadas.

Baço de dimensões normais e textura sólida homogênea.

Rins de forma, topografia e dimensões normais, contornos regulares, sem sinais de lesões relacionadas ao trauma, ressaltando as limitações do método.

Bexiga de paredes regulares e textura anecoica homogênea.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Paciente referindo dor em hemitórax direito e, ao estudo ecográfico, observam-se sinais de pneumotorax.

Correlacionar com estudo radiográfico.

Não identificamos sinais de líquido livre intra-abdominal, derrame pleural ou pericárdico no presente estudo.

Observação: Resaltamos a baixa sensibilidade da ultrassonografia na detecção de lesões em órgãos sólidos e vísceras gás-sóis, assim como de hematico-peritoneal.

DR. ANDRÉ VENTURA
Médico Radiologista
CRM-PB 7282 RQE-PB 5683



18/07/2019

HTCG-Painel Administrativo



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mairinhas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Date: 18/07/2019

Paciente: KLEBER GERVASIO MELO Idade: 049 N° ATEND: 1946925

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO

DATA: 18/07/2019 HORA: 12:43:46

ESPECIALIDADE: CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS

HGT: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PEO:

DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO
DEF. MOTORIA () SIM (X) NÃO

ALERGIAS: NEGA

MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL:

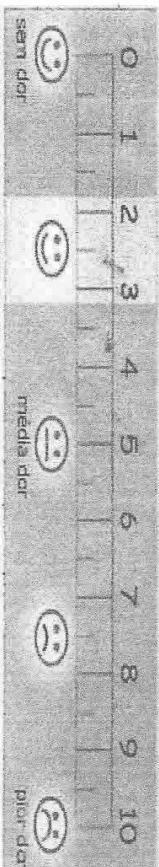
AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

() CONVULSÃO () INCONSIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
() DESORIENTADO () AGITADO (X) COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
() IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIÚDO () DISPNEIA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍNTOS () TOSSE

Escala de Intensidade da Dor



ESCALA DE DOR: DOR BASTANTE FORTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS:
ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Altana César Uchôa
COREN-PB 57133-ENF





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



ATESTADO MÉDICO

ATESTO que

KIRESIN Grande

Mel

foi atendido (às) hoje, às 12:42h (— : — : —)
horas, necessitando de 60 (Sessenta)
dias de afastamento do trabalho, à partir desta data.

DIAGNÓSTICO CID

542.0

Campina Grande, 18/07/19.

Dr. Otávio Ferreira Jr.
Oncodermatologista
CRM-PB 1103

Assinatura do Médico - CRM N°

End.: AV. Floriano Peixoto, 4700 - CEP 58432-809 - Malvinas - Campina Grande - PB

MOD. 004





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
DOM LUIZ GONÇALVES FERNANDES



D.N: 31.10.69

3310.5862

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: KIESEN Genuíno Mio

DATA DO ATENDIMENTO: 18/10/19

Nº PRONTUÁRIO: FICHA:

DIAGNÓSTICO: TMI - M CIRÚRGICO Q

PROCEDIMENTO: CONSULTA COM ORTOPEDIA

MÉDICO (CARIMBO):

Dr. Olívio Ferreira Jr.
Ortopedista Traumatólogo
CRM-PB 7103





PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DA PARAÍBA

COMARCA DE CAMPINA GRANDE
5^a VARA CÍVEL

0828765-87.2019.8.15.0001

AUTOR: KLEBER GERVASIO MELO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade judiciária ao(s) autor(es).

Altere-se o ASSUNTO do processo para ACIDENTE DE TRÂNSITO.

Intime-se a parte autora para, no prazo de **15 (quinze) dias**, emendar a inicial fazendo juntar aos autos documento que comprove o **prévio requerimento administrativo do seguro pleiteado** realizado há mais de 30 (trinta) dias (§1º do Art. 5º da Lei 6.194/1974), sob pena de indeferimento da petição inicial.

Apenas se juntado tal documento, cite-se. Caso contrário, façam os autos conclusos para sentença de extinção.

Deixo de designar audiência em razão da necessidade de perícia nos presentes autos, tendo a prática demonstrado impossibilidade de composição em processos cuja classe e assuntos são aqueles que constam dos autos.

Cite(m)-se o(s) promovido(s), advertindo-lhe(s) que terá(ão) o prazo de 15 (quinze) dias úteis para apresentar(em) contestação, a contar da juntada do AR/Mandado, e que a ausência de defesa implicará revelia e presunção de veracidade dos fatos alegados na petição inicial.

Apresentada contestação, à impugnação, pelo prazo de 15 (quinze) dias úteis.

Determino, desde já e de ofício, exclusivamente, a produção da prova pericial, conforme convênio do e. TJPB com a Seguradora Líder.

Por conseguinte, nomeio a Dra. ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA para o encargo de Perito Judicial, com os honorários fixados a teor do que prevê o Convênio TJPB 15/2014 em R\$200,00 (duzentos reais) e a serem adiantados pelo réu no prazo de 15 (quinze) dias. **Intime-se.**



Em sequência, após juntada do comprovante, proceda a Escrivania com os seguintes atos: **(a)** intimem-se as partes para, em 05 (cinco) dias, formularem quesitos pertinentes ao objeto da perícia (caso ainda não feito), indicando os respectivos assistentes técnicos e **(b)** intime-se o nomeado, por carta e/ou e-mail (dr.rosanaduarte@ig.com.br), para designar dia / local / horário de realização do exame pericial, **enviando-lhe os quesitos e intimando-se em seguida as partes (o autor deverá comparecer munido com todos os seus documentos e exames pertinentes). Prazo para entrega do laudo: 10 dias.**

Depositado o laudo em juízo, intimem-se as partes para se manifestarem **sobre a prova acrescida**, em 10 (dez) dias, vindo-me os autos conclusos a seguir, **para julgamento antecipado da lide.**

Intimações e demais diligências necessárias.

Somente ao fim, devidamente instruído o processo, façam os autos conclusos para sentença.

Campina Grande, datado e assinado eletronicamente.

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: VALERIO ANDRADE PORTO - 18/11/2019 14:08:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19111814082886000000025340734>
Número do documento: 19111814082886000000025340734

Num. 26230425 - Pág. 2

Intime-se a parte autora para, no prazo de **15 (quinze) dias**, emendar a inicial fazendo juntar aos autos documento que comprove o **prévio requerimento administrativo do seguro pleiteado** realizado há mais de 30 (trinta) dias (§1º do Art. 5º da Lei 6.194/1974), sob pena de indeferimento da petição inicial.

-



Assinado eletronicamente por: LUCIA DE FATIMA SILVA BARROS - 18/11/2019 18:28:49
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19111818284667500000025402652>
Número do documento: 19111818284667500000025402652

Num. 26296796 - Pág. 1

CAMPINA& ADVOGADOS ASSOCIADOS
Emmanuel Saraiva Ferreira
Wamberto Balbino Sales

Rua Floriano Peixoto, 4519, Malvinas
Campina Grande - Paraíba
Tel.: (84) 9.9991-1313

**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5^a.VARA CIVELDA COMARCA DE CAMPINA
GRANDE, ESTADO DA PARAÍBA.**

Processo: 0828768-87.2019.8.15.0001

Parte Autora: KLEBER GERVASIO MELO

Promovida: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A

Douto Julgador,

KLEBER GERVASIO MELO, já devidamente qualificado nos autos supra, por seu procurador que a esta subscreve, vem com o devido respeito à presença de V. Exa., em atendimento ao despacho proferido nos autos, expor e ao final Requerer o Seguintes:

Revendo os presentes autos conferisse o Requerimento de Negativa do Sinistro foi juntado sob o ID 26166747 e 26167101, mesmo assim passado despercebido, segue solicitação de Seguro DPVAT e Carta de Negativa de Sinistro, o qual deverá ser acostado aos autos em tela, para que seja assim dada continuidade no processo.

Nestes termos,

Pede e espera deferimento.

Campina Grande - Paraíba, 19 de Dezembro de 2019.

**Bel. Emmanuel Saraiva Ferreira
OAB/PB 16.928**



Assinado eletronicamente por: EMMANUEL SARAIVA FERREIRA - 19/12/2019 19:01:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19121919013281200000026292011>
Número do documento: 19121919013281200000026292011

Num. 27240762 - Pág. 1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **0364655139** 3 - CPF da vítima: **312.750.442-04** 4 - Nome completo da vítima: **KLEBER GERVASIO MELO**

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

5 - Nome completo: KLEBER GERVASIO MELO	6 - CPF: 312.750.442-04		
7 - Profissão: MOTOTAXISTA	8 - Endereço: R. DOS PAU D'ARCO	9 - Número: 169	10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MAUINAS	12 - Cidade: CAMPINA GRANDE	13 - Estado: PARAÍBA	14 - CEP: 58.432-820
15 - E-mail:		16 - Tel. (DDD): (83) 99829-8855	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
--	----------------------------------	--

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

AGÊNCIA: **7984** CONTA: **11372 5**
(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
--	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
---------------------------------------	--	---

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos? <input type="checkbox"/> Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não nascer (vai nascer)?	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve irmãos?	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não pais/avós vivos?
--	---	---	--	---	---

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

34 impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
		39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **João Pessoa 18/10/2019** 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Kleber Gervasio Melo**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



Seguradora Líder • DPVAT

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Kleber Gravasi Neto

DATA DO ACIDENTE 18/07/2019 **CPF DA VITIMA** 312.750.442-04

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR A VITIMA É Kleber Gravasi Neto **() REPRESENTANTE LEGAL CUJO PARANTESCO COM A VITIMA** X **() REPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS**

ENDERECO DO PORTADOR Rua Dos Pau Braco

Nº 169 **COMPLEMENTO** Casa

CIDADE Campos Grande **UF** PB **BAIRRO** MALVINAS

E-MAIL _____

TELEFONE (83) 93829-8855

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AITA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

<ul style="list-style-type: none"> * MORTE = R\$ 13.500,00 * INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURADO PREVISTA NA LEI 6.194/74. * DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 1.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
--

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

07/08/2019

DATUM

IDENTIDADE

3.494.487-551/PB

NOME

ASSINATURA

Atiba Gravasi Neto



RECIPO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364655/19

Vítima: KLEBER GERVASIO MELO

CPF: 312.750.442-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/07/2019

Titular do CPF: KLEBER GERVASIO MELO

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

3390 5925 75 00

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

KLEBER GERVASIO MELO : 312.750.442-04

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/10/2019
Nome: KLEBER GERVASIO MELO
CPF: 312.750.442-04

KLEBER GERVASIO MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNES SILVA
CPF: 068.954.516-92



SINISTRO 3190592575 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA KLEBER GERVASIO MELO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIFE

ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO KLEBER GERVASIO MELO

CPF/CNPJ: 31275044204

Posição em 06-11-2019 10:34:07

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.





Poder Judiciário da Paraíba
5ª Vara Cível de Campina Grande

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0828765-87.2019.8.15.0001

DESPACHO

Vistos, etc.

Deixo de designar audiência em razão da necessidade de perícia nos presentes autos, tendo a prática demonstrado impossibilidade de composição em processos cuja classe e assuntos são aqueles que constam dos autos.

Cite(m)-se o(s) promovido(s), advertindo-lhe(s) que terá(ão) o prazo de 15 (quinze) dias úteis para apresentar(em) contestação, a contar da juntada do AR/Mandado, e que a ausência de defesa implicará revelia e presunção de veracidade dos fatos alegados na petição inicial.

Apresentada contestação, à impugnação, pelo prazo de 15 (quinze) dias úteis.

Determino, desde já e de ofício, exclusivamente, a produção da prova pericial, conforme convênio do e. TJPB com a Seguradora Líder.

Por conseguinte, nomeio a Dra. ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA para o encargo de Perito Judicial, com os honorários fixados a teor do que prevê o Convênio TJPB 15/2014 em R\$200,00 (duzentos reais) e a serem adiantados pelo réu no prazo de 15 (quinze) dias. **Intimem-se.**

Em sequência, após juntada do comprovante, proceda a Escrivania com os seguintes atos: **(a) intimem-se as partes para, em 05 (cinco) dias, formularem quesitos pertinentes ao objeto da perícia (caso ainda não feito), indicando os respectivos assistentes técnicos e (b) intime-se o nomeado, por carta e/ou e-mail (dr.rosanaduarte@ig.com.br), para designar dia / local / horário de realização do exame pericial, enviando-lhe os quesitos e intimando-se em seguida as partes (o autor deverá comparecer munido com todos os seus documentos e exames pertinentes). Prazo para entrega do laudo: 10 dias.**

Depositado o laudo em juízo, intimem-se as partes para se manifestarem **sobre a prova acrescida**, em 10 (dez) dias, vindo-me os autos conclusos a seguir, **para julgamento antecipado da lide.**

Intimações e demais diligências necessárias.

Somente ao fim, devidamente instruído o processo, façam os autos conclusos para sentença.

Campina Grande, datado e assinado eletronicamente.



VALERIO ANDRADE PORTO

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: VALERIO ANDRADE PORTO - 28/01/2020 16:44:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20012816441436800000026781210>
Número do documento: 20012816441436800000026781210

Num. 27759905 - Pág. 2