



Número: **0800556-47.2020.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Pombal**

Última distribuição : **10/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.037,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO (AUTOR)	JAQUES RAMOS WANDERLEY (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
36792 403	18/11/2020 12:26	<u>Petição</u>	Petição
36792 405	18/11/2020 12:26	<u>2742947_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
36792 408	18/11/2020 12:26	<u>2742947_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 12:26:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812261935500000035117491>
Número do documento: 20111812261935500000035117491

Num. 36792403 - 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, 02 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200090087

Vítima: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

Data do Acidente: 06/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15566168

Pag. 00793/00794 - carta_01 - INVALIDEZ



00020397





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 Março de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200090087 Vítima: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

Data do Acidente: 06/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data da alta médica e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	---

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. 01931/01932 - carta_03 - INVALIDEZ



00040966

Carta nº 15570214



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 12:26:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812262003900000035117493>
Número do documento: 20111812262003900000035117493

Num. 36792405 - 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, 07 de Maio de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200090087 Vítima: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

Data do Acidente: 06/12/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

Informamos que o pagamento da indenização

informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalides Permanentes DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000026805-2

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamento

Seguradora Líder DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASI:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
		054.416.494-61	MANIA DA GUILA SOUSA NASCIMENTO	

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

5 - Nome completo:		6 - CPF:	
		054.416.494-61	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
AGENTE DE SAÚDE	AV. JOSÉ LUCÍO PEREIRA	243	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
CENTRO	POMBAL	PARANÁ	58.840-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (83) 999746322		

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" 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:

<input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	
AGÊNCIA: 0732	CONTA: 26805-2
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordé 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 teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

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

<p>34 Assinatura da testemunha</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: AMINTAS DANTAS WANDENEY JUNIOR CPF: 064.978.664-50 Assinatura da testemunha</p> <p>39 - 2º Nome: MAYANA MONIQUE QUESADA WANDENEY CPF: 059.842.774-07 Assinatura da testemunha</p>
---	--

40 - Local e Data, 03.02.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 12:26:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812262003900000035117493>
Número do documento: 20111812262003900000035117493

Num. 36792405 - Pág. 5

DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
3ª Superintendência Regional
19ª Delegacia Seccional
2ª Delegacia Distrital de Pombal
Rua Cel. João Carneiro, 288 – centro – Pombal-PB



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 128/2020

Versando sobre: ACIDENTE DE TRANSITO - DPVAT

Data do fato: 06.12.2019 – pelas 07:00 horas

Local do ocorrido: BR 230 – próximo a Mercadinho VAZ -Pombal-PB

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 20.02.2020 – as 17:00 Horas

COMUNICANTE: MARIA DA GUIA SOUSA NASCIMENTO- CPF 054.416.494-61 / RG 3030755/SSP-PB, brasileira, casada, natural de Pombal-PB, agente de saúde, nascida em 02.05.1984, filha de Geraldo Leite do Nascimento e de maria de Fátima Sousa Nascimento, residente na Rua João Lúcio Pereira, 243, Jardim Rogério - Pombal-PB, Tel: 83 9 99250829//

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, ocupava como condutora a motocicleta HONDA CBX 250 twister – ANO: 2007/2007 – COR PRETA– PLACA MOB 8627 /PB / CHASSI: 9C2MC35007R050110, licenciada em nome de JOHNATTAN TEODORO FORMIGA; Que conduzia a motocicleta na BR 230 nas proximidades do Mercadinho VAZ, um veiculo cruzou a BR e colidiu com a motocicleta, provocando o acidente; Que do acidente o comunicante teve LUXAÇÃO NO OMBRO ESQUERDO, PANCADA NO JOELHO, FERIMENTO NO TORNOZELO; Que a comunicante foi socorrida por terceiros o Hospital de Pombal -PB, onde foi atendida, liberada e retornou mais tarde no mesmo dia para avaliação do ortopedista; Que testemunhou o fato a pessoa de MARIA LUCENI DE SOUSA FERNANDES, CPF 018.417.494-51, residente a Rua Afonso Coelho Mouta, 31, Santo Amaro- Pombal-PB. Que compareceu a delegacia de Policia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 20 de FEVEREIRO de 2020.

OBS: O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

COMUNICANTE: Maria Da Guia Sousa Nascimento

Testemunha: Maria Luceni de Souza Fernandes

Policial responsável pela lavratura do boletim:

Manoel de Sousa Lacerda
Agente de Polícia Civil
Mat. 168345-4





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **054.416.494-61** 3 - CPF da vítima: **MANIA DA GUILA SOUSA NASCIMENTO** 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: MANIA DA GUILA SOUSA NASCIMENTO	6 - CPF: 054.416.494-61		
7 - Profissão: AGENTE DE SAÚDE	8 - Endereço: RUA JOÃO LUCÍO PEREIRA	9 - Número: 243	10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO	12 - Cidade: POMBAL	13 - Estado: PARANÁ	14 - CEP: 58.840-000
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (43) 999746322		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: 0732 CONTA: 26805-2
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordé do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim 29 - Se tinha filhos, informar 30 - Vítima deixou 31 - Vítima Sim 32 - Se tinha irmãos, informar 33 - Vítima deixou Sim teve filhos? Não Vivos: Falecidos: nascituro (vai nascer)? Não teve irmãos? Não Vivos: Falecidos: pais/avós vivos? Não

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

34 _____ 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: **AMINTAS DANTAS WANDENCEY JUNIOR**
CPF: **064.978.664-50**
Amintas Dantes Wandencey junior
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: **MAYANA MONIQUE QUESADA WANDENCEY**
CPF: **059.842.774-07**
Mayana Monique Quesada Wandencley
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **POMBAL-PR, 19.02.2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *Maria Da Guilia Souza Nascimento*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000026805-2

Nr. da Autenticação C9D6DAA2C2DFEB7F



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 12:26:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812262003900000035117493>
Número do documento: 20111812262003900000035117493

Num. 36792405 - Pág. 8

GERALDO ALVES DE SOUSA
RUA JOAO LUCIO PEREIRA, 243 - CENTRO
PONAL / FONE/CNPJ 58840000 (AD 227)



Licença: MC NOFÁSICO
Cachorro: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rotativo: 4 - 227 - 16 - 1480
Medidor: 000096721472

RESIDENCIAL - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
R/230, Km 25 - Centro Industrial - Juiz de Fora/MG - CEP 38071-000
CNPJ: 00.096.117/0001-46 - Insc Est: ME/H-9234
Nota Fiscal/Conteúdo Energia Elétrica N/003773216
Cód. para Débito Automático: 00000118129

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2019	07/11/2019	09/12/2019	082.991.374-30 Insc Est

UC (Unidade Consumidora): 5/11612-9

Canal de contato

Sarampo é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação e se proteja.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 06/10/19 Letura 2780	Data 07/11/19 Letura 3197	1	407	28

Demonstrativo		Consumo Total (kWh) Vazão Base CAC Até 100% Base CAC Fator (kWh)					
CCN	Descrição	Totais Total(kWh)	Vazão(kWh)	Base CAC(kWh)	Fator(kWh)	Custo(kWh)	Total(kWh)
0801	Consumo em kWh	407.000,0798810	329,94	329,94	2*	87,78	326,04
0801	Adc. B Amarela	8,59	8,59	2*	1,77	8,59	3,05
0801	Adc. B Vermelha	5,85	5,85	2*	1,58	5,85	2,09
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0807	CONTRIBUICAO IJU/PUBLICA	19,80	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 06/2019	2,51	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00
0805	MUL_A 08/2019	8,27	0,00	0,00	0,00	3,00	0,00

CCN Código de Classificação do Item TOTAL 363,06 337,48 91,11 337,48 2,63 19,05
Taxa M/Tratamento 0,545400

Média últimos meses (kWh) 240 VENCIMENTO 14/11/2019 TOTAL A PAGAR R\$ 363,06

Histórico de Consumo (kWh)
3 | 5 | 1 | 1 | 28 | 275 | 412 | 364 | 304 | 153 | 266 | 352 | 241
Nov/19 | Dez/18 | Jan/19 | Fever/19 | Mar/19 | Abr/19 | Mai/19 | Jun/19 | Jul/19 | Ago/19 | Set/19 | Out/19

RESERVADO AO FISCO
* 7a28.2e91 b405.68c2 fe11 37a4.ca5 e 39d2

Indicadores de Qualidade 9/2019-Período

Límites da ANEEL	Apurado	Último de Tensão (V)
DIMENSIAL	0,91	0,00
FI.C TRIMESTRAL	11,82	NOMINAL
DCMENSAIS	22,24	229
FI.C MENSAL	8,26	0,00
FI.C TRIMESTRAL	8,72	CONTRATADA
FI.C ANUAL	13,45	LIMITE INFERIOR
DCM	3,45	LIMITE SUPERIOR
DCR	12,22	271

Composição do Consumo

Discriminadas	Valor (R\$)	%
serviços de Distribuidora Energisa	94,12	23,18
serviços de fornecimento	121,48	33,24
serviço de manutenção	15,52	3,45
encargos Sistemas	12,61	3,47
Impostos, Encargos e Encargos	130,57	36,51
Otários Setor	1,00	0,00
Total	363,06	100,00

Venda de FUT (Ref 3/2019) R\$ 108,74

ATENÇÃO

PERÍODO DE VENCIMENTO: 14/11/2019 (sistema eletrônico) permanece aberto em aberto, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 27/11/2019. Conforme Resolução 14 da ANEEL. O pagamento após vencimento não impede a possibilidade de desligo. Suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja reiniciado dentro de 30 dias, poderá ser realizada a instalação de consumidor para o reabastecimento. Caso não haja pagamento (a.d.) fatura(s) acima, deve observar essa mensagem. Fatura sujeita a inclusões em futuros débitos, ou anuidade no caso de inadimplemente. Leitura confirmada

Faturas em atraso

Out/19 - 312,04

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190 00009 02624 912008 08301 023175 1 80730000036306

PAGADOR: GERALDO ALVES DE SOUSA - CPF/CNPJ 182.991.374-20
RUA JOAO LUCIO PEREIRA, 243 - CENTRO - PONAL (PE) CEP: 58840000

Salvo o que constar na fatura, o valor da fatura é de:



COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-670
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - INSC. ESTADUAL N° 160572029
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

Nº Documento: 20200170682232 ESCRITÓRIO POMBAL

SEGUNDA VIA

CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO
07068223.2

VENCIMENTO
23/01/2020

MATRÍCULA 07068223.2	CLIENTE JAQUES RAMOS WANDERLEY	CPF/CNPJ: 032.***.***-XX
INSCRIÇÃO 112.004.115.0005.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA BEL FCO. DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITORIO - PETROPOLIS POMBAL PB 58840-	FATURA 01/2020
RESPONSÁVEL	ENDERECO PARA ENTREGA	ÁGUA LIGADO ESGOTO POTENCIAL

ULTIMOS CONSUMOS		LEITURA	CONSUMO	CONSUMO/DIA
		ANTERIOR	ATUAL	(M ³)
12/2019 -	7	11/2019 -	8	
10/2019 -	8	09/2019 -	11	219 226 7 30 0,24
08/2019 -	7	07/2019 -	6	10/12/2019 09/01/2020 N°Hm: Y17F649254
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR		
1.	7	R 5307		

Descrição dos serviços e tarifas

Consumo por faixa

Valor R\$

ÁGUA COMERCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE ÁGUA	T 163	67,65
--	-------	-------

Valor aproximado desse tributo PIS e COFINS, Lei 12.781 de 2012, R\$ 10,18

TOTAL R\$ 67,65

AVISO** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N° 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARA AUDIENCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFARIO.
 LOCAL: AUDITORIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 AS 14:00H.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 12/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif. Totais	
Cloro (mg/L)	P.H.			Colif. Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 23/01/2020



MATRÍCULA
07068223.2

INSCRIÇÃO
112.004.115.0005.000

FATURA
01/2020

NÃO RECEBER APÓS
31/01/2021

VENCIMENTO

23/01/2020

VALOR R\$

67,65

GRUPO: 635

FIRMA: 2

DEBITO AUTOMATICO

VIA CAGEPA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA





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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JAMES NAMOS WANDEN CLEY

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.976.134-08, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO Inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.416.494 / 61,

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.416.494-61, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ANVOL-ADU Renda: 13.717,75 e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>RUA BEL FCO. DA SILVA ALMIDA</u>		Número:	<u>219</u>	Complemento:	<u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro:	<u>PETROPOLIS</u>	Cidade:	<u>POMBAL</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP: <u>58.840-000</u>
E-mail:	<u>JAQUES.ANV@BOL.COM.BR</u>		Tel.(DDD):	<u>(83)999746322</u>		

Local e Data: POMBAL-PB, 18.02.2020

Também assinei

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 12:26:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812262003900000035117493>
Número do documento: 20111812262003900000035117493

Num. 36792405 - Pág. 11

MINISTÉRIO DA ECONOMIA

SECRETARIA ESPECIAL DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL EXERCÍCIO 2019 ANO-CALENDÁRIO 2018

IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA

RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELO DESCONTO SIMPLIFICADO
DECLARAÇÃO ORIGINAL

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do declarante 032.976.134-08	Nome do declarante JAQUES RAMOS WANDERLEY	Telefone (83) 34311825	
Endereço RUA TABELIAO JOSE VIEIRA DE QUEIROGA	Número 284	Complemento CASA	
Bairro/Distrito PETROPOLIS	CEP 58840-000	Município POMBAL	UF PB

(Valores em Reais)

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	164.613,84
IMPOSTO DEVIDO	30.229,04
IMPOSTO A RESTITUIR	0,00
SALDO DO IMPOSTO A PAGAR	19.852,12
IMPOSTO A PAGAR GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE	0,00
PARCELAMENTO (Vencimento da 1a quota em 30/04/2019) NÚMERO DE QUOTAS	3
VALOR DA QUOTA	6.617,37

CONFIDENCIAL

Declaração recebida via Internet JV
pelo Agente Receptor SERPRO
em 25/04/2019 às 15:55:26
2505058096

2505058096

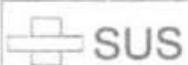


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 12:26:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812262003900000035117493>
Número do documento: 20111812262003900000035117493

Num. 36792405 - Pág. 12

 SUS  ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL		
CNES: 2592568	CNPJ: 08 778 288/0004-03	
NOME: HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO		
ENDERECO: RUA CEL. JOÃO LEITE		
CIDADE: POMBAL	ESTADO: PARÁIBA	UF: 25
Paciente: MARIA DA GUIA SOUSA NASCIMENTO		
Mae: MARIA DE FÁTIMA SOUSA NASCIMENTO	Nascimento: 02/05/1984 Idade: 35 Cor: PARRA	
Profissão: AGRICULTOR(A)	Endereço: ALCIDÉS MACENA	
Bairro: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101	Reg. Nasc.: 209-3777-3926-0006	Num.: 868 Sexo: F
Cidade: CNS:	Recepção: MONALISA	Fone: 03030755
CPF: Data / Hora: 05/12/2019 13:54:01	Nº Ficha: 98046	Nº Prontuário: 27541
Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)		
SPO: _____	FC: _____	HGT: _____
GESTANTE: SIM() NAO() SEMANAS _____	PESO: _____ PA: _____ TEMP: _____	
ANAMNESE EXAME FISICO (SUMÁRIO)		
<p><i>Foram notados náuseas e</i></p> <p><i>vertigem, dor, cefaleia.</i></p> <p><i>Na ocasião engasgo. Pode</i></p> <p><i>haver náuseas, vômitos, caco.</i></p>		

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)																		
<p><i>P/ do, Olho.</i></p>																		
RESULTADOS																		
<p><i>→ Suelo Moreira - Olhos.</i></p> <p><i>→ Suelo Moreira - Olhos</i></p> <p><i>→ Suelo Moreira - Olhos</i></p> <p><i>→ Suelo Moreira - Olhos</i></p>																		
MATERIAIS - MÉDICAMENTOS E OUTROS																		
<p><i>↓ Suelo Moreira - Olhos</i></p>																		
CARÁTER DO ATENDIMENTO																		
<input type="checkbox"/> 01 - ELETIVO <input type="checkbox"/> 02 - URGÊNCIA <input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA <input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO <input type="checkbox"/> 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS 																		
PROCEDIMENTO Descrição																		
DIAGNÓSTICO																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">MEDICAÇÃO</th> <th colspan="4" style="text-align: center; padding: 2px;">ENCAMINHAMENTO</th> <th rowspan="2" style="text-align: center; padding: 2px;">CID-10</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 1-PRESCRITA</th> <th style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO</th> <th style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA</th> <th style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> INTERNACÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> 2- APLICADA</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> ÓBITO</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> OUTROS</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>			MEDICAÇÃO	ENCAMINHAMENTO				CID-10	<input type="checkbox"/> 1-PRESCRITA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> INTERNACÃO	<input type="checkbox"/> 2- APLICADA	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> OUTROS		
MEDICAÇÃO	ENCAMINHAMENTO				CID-10													
	<input type="checkbox"/> 1-PRESCRITA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> INTERNACÃO														
<input type="checkbox"/> 2- APLICADA	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> OUTROS															
SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO																		
1 -	0	3	0	1	0	0	7	2	CID-10									
2 -	2	2	5	2	2	2	2	35	CBO									
3 -	2	2	5	2	2	2	2	35	CBO									
Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos																		
Médico / Cm / Cns DENIS ROCHA FORMIGA - 7054 - 111-1111-1111 ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL			Polgar Direito ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo															



Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES
2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE
Edmundo Guedes Júnior Moraes

4 - PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - RACA / COR

9 - NOME NA MAE

10 - TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO

13 - BAIRRO

N:

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Parte dorsal lombar envolto em edema e dor.
Maior em paroxismo agudo. VSC.*

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Maintendo exame

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

HC + NE + EF

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

22 - CID 10 PRINC

23 - CID 10 SEC

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC

Lux -盘曲 -lumbar

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - COD PROCEDIMENTO

27 - CLÍNICA

28 - CARATER INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

30 - CNS/CPF PROFISSIONAL SOLIC / ASSISTENTE

OPPO

CNS *CPF*

67308403415

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

*Djalma
Moreira
Torres
CRM-PB 7054*

32 - DATA SOLIC

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

06/12/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE TRÂNSITO

37 - CNPJ SEGUROADORA

38 - N° BILHETE

39 - SÉRIE

35 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

36 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO EMPREGADOR AUTÔNOMO DESEMPREGADO APOSENTADO NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - N° AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - N° DOCUMENTO (CPF/CNPJ) PROFISSIONAL

CNS CPF

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. CARIMBO (N° REG. CONSELHO)

/ /



RONALD BATISTA DOS SANTOS

De: RONALD BATISTA DOS SANTOS
Enviado em: segunda-feira, 20 de abril de 2020 14:00
Para: 'sinistro.dpvat@portoseguro.com.br'; 'Vanessa Arruda'; 'Grazielle Sousa'; 'Graziele Santos'; 'lucas.vinicius@portoseguro.com.br'
Cc: Anderson Bezerra
Assunto: SEGURO DPVAT - PROJETO MOVIMENTAÇÃO REMOTA
Anexos: ITAÚ - PROJETO REMOTO.xlsx

Prezados, Boa tarde!

Em continuidade às ações relativas ao Projeto Movimentação Remota, conforme detalhado na Circular DOPTI 002/2020, encaminhamos a lista de sinistros selecionados pela Seguradora Líder para o prosseguimento da regulação com base em critérios específicos de análise e mitigação de riscos técnicos, jurídicos e de fraudes.

Ressaltamos que a etapa de recepção de documentos foi realizada por meio de ações que independem de contato presencial e destacamos que a movimentação remota do documento pendenciado não deve ser objeto de novo pendenciamento.

Favor executar a ação “concluir regulação” no sistema SIS DPVAT-SINISTROS, preenchendo o Parecer Técnico com a seguinte informação:

“Parecer favorável em parceria com a Seguradora Líder no âmbito do Projeto Movimentação Remota.”

Reforçamos que a lista de processos de regulação selecionados para o Projeto encontra-se anexa, logo, não será permitida a indicação de outros casos, como também não será permitida a aplicação das premissas e procedimentos que compõem o Projeto a sinistros:

- (i) já avisados e pendenciados, mas não selecionados;
- (ii) que venham ser avisados posteriormente ao término do Projeto.

Nesse mesmo sentido, aproveitamos para ratificar que seguem inalterados os procedimentos de regulação constantes do Manual de Recepção e Regulação em relação aos sinistros avisados durante o período em que estiver sendo executado este Projeto.

Contamos com o empenho e agilidade de todos os envolvidos no tratamento dos casos e resposta às equipes Líder.

Eventuais dúvidas devem ser enviadas para o e-mail consultas.dpvat@seguradoralider.com.br, devendo ser indicado no assunto **Projeto Movimentação Remota**.

Atenciosamente,

Ronald Santos

Gerência de Sinistros – Coordenação Técnica

ronald.santos@seguradoralider.com.br

Tel. 55 21 3861-4600 | Ramal 4052



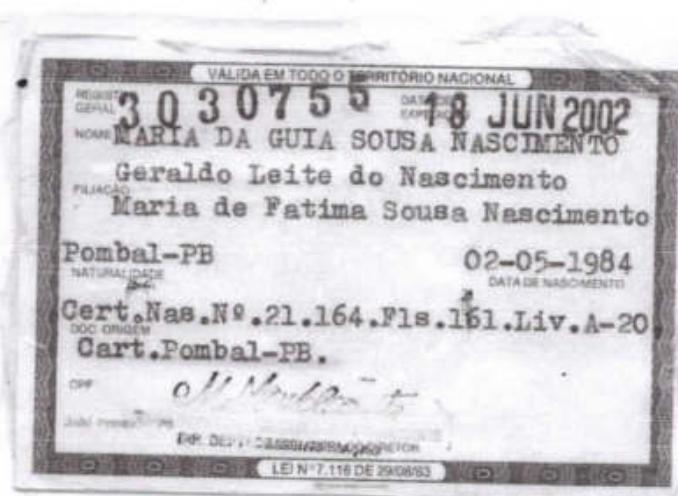
www.seguradoralider.com.br



Rua da Assembléia, 100 - 21º andar
Centro - Rio de Janeiro - RJ CEP 20011-904

Leia nossa [News](#) e siga a Seguradora Líder nas redes sociais.
[Facebook](#) | [Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Youtube](#)





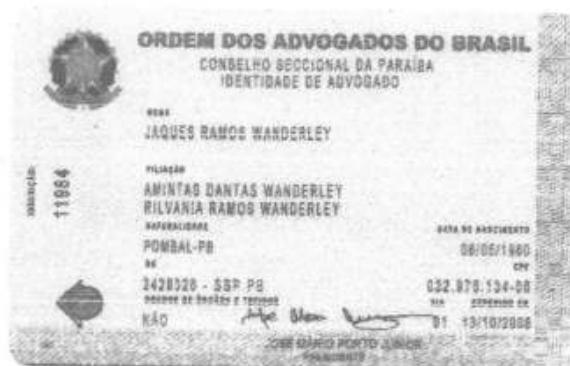


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO GERAL	2.428.326 -2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO 01/07/2014
NOME	JAQUES RAMOS WANDERLEY	
PAI/AO	AMINTAS DANTAS WANDERLEY RILVÂNIA RAMOS WANDERLEY	
NATURALIDADE		
POMBAL-PB	DATA DE NASCIMENTO 06/05/1980	
DOC ORIGEM		
CASAM N.10728 FLS.248 LIV.B-28 CARTÓRIO - POMBAL-PB		
CPF	032.976.134-08	
Assinatura do Cidadão		
LEIAPI 7.110 DE 2006/05		



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 12:26:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812262003900000035117493>
Número do documento: 20111812262003900000035117493

Num. 36792405 - Pág. 18



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 12:26:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812262003900000035117493>
Número do documento: 20111812262003900000035117493

Num. 36792405 - Pág. 19



1

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 12:26:20
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812262003900000035117493
Número do documento: 20111812262003900000035117493

Num. 36792405 - Pág. 20



COMPANHIA DE AGUAS E ESGOTOS DA PARAIBA
 AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58015-570
 CNPJ: 09.123.654/0001-87 - IENB ESTADUAL N° 160572028
 Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

SEGUNDA VIA

**CÓDIGO PARA
DÉBITO AUTOMÁTICO**
07182566.5

VENCIMENTO
22/01/2020

Nº Documento: 20200171825665	ESCRITÓRIO	POMBAL	CPF/CNPJ:	064.XXX.XXX-XX
MATRÍCULA 07182566.5	CLIENTE AMINTAS DANTAS W JUNIOR			
INSCRIÇÃO 112.002.155.0307.000	ENDEREÇO DO IMÓVEL RUA SANCHÁ QUEIROGA ALENCAR, S/N - 1º ANDAR - JARDIM ROGERIO POMBAL PB 58840-01/2020		FATURA	
RESPONSÁVEL	ENDERECO PARA ENTREGA		ÁGUA	ESGOTO
			LIGADO	POTENCIAL
ÚLTIMOS CONSUMOS		LEITURA	CONSUMO	CONSUMO/DIA
12/2019 - 2	11/2019 - 2	ANTERIOR	ATUAL	(M³) DIAS (M³)
10/2019 - 2	09/2019 - 1	67	70	3 30 0,10
08/2019 - 2	07/2019 - 3	09/12/2019	08/01/2020	NºHm: Y15N469919
ECONOMIAS	CONS. POR ECONOMIA	COD. AUXILIAR		
1	3	R 5302		

Descrição dos serviços e tarifas

Consumo por faixa

Valor R\$

AGUA RESIDENCIAL 001 UNIDADE CONSUMO DE AGUA	3 M3	37,91
--	------	-------

Valor aproximado dos tributos PIS e COFINS, Lei 12.765 de 2012, R\$ 5,71

TOTAL R\$ 37,91

AVISO** A CAGEPA, EM ATENDIMENTO A LEI ESTADUAL N 8.767 DE 15/04/2009, COMUNICA QUE REALIZARA AUDIENCIA PÚBLICA, COM O OBJETIVO DE DAR CONHECIMENTO E FUNDAMENTAR PROPOSTA DE REAJUSTE TARIFARIO.
 LOCAL: AUDITÓRIO DA CINEP NA AV. FELICIANO CIRNE, N 50 - JAGUARIBE - NO DIA 04/02/2020 AS 14:00H.

INFORMAÇÕES SOBRE O CONTROLE DE QUALIDADE DA ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO 12/2019

Anexo 20 Portaria 05/2017 MS

Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio	Parâmetro	Vl. Médio
Turbidez		Cor Aparente		Bact. Heterotróficas		Colif.Totais	
Cloro(mg/L)		P.H.		Colif.Termotolerantes			

VIA CLIENTE

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 25/01/2020



MATRÍCULA
07182566.5

INSCRIÇÃO
112.002.155.0307.000

FATURA
01/2020

NÃO RECEBER APÓS
31/01/2021

VENCIMENTO 22/01/2020

VALOR R\$ 37,91

GRUPO: 630

FIRMA: 2

82620000000-6 37910010112-8 07182566501-2 01202040003-7

VIA CAGEPA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA







CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
69173737
REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS JAN/2020

MAYARA MONIQUE Q. WANDERLEY
RUA JOSE V DE QUEIROGA, 284 - I - PETROPOLIS
POMBAL PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		B	C	I	P	
112.004.355.0170.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
39830113264	17/06/2008	EXT LACR LIGADO	POTENCIAL			

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA
2505 2518 13 30 08/02/2020
HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.
DEZ/2019 14 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
NOV/2019 13 TURBIDEZ 0 0 0
OUT/2019 16 CLORO 0 0 0
SET/2019 11 COL.TERMO 0 0 0
AGO/2019 10 COR 0 0 0
JUL/2019 15 COL.TOTAIS 0 0 0
MEDIA(m³) 13 DADOS REFERENTES A: NOV/2019.

DATA DA IMPRESSÃO: 09/01/2020	HORA DA IMPRESSÃO: 09:32:31
DÉSCRICAO	CONSUMO TOTAL(R\$)
ÁGUA	
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) ATE 10 m³ - R\$ 37,91 POR UNIDADE 11 m³ A 20 m³ - R\$ 4,89 POR m³	10 m³ 37,91 3 m³ 14,67
ESGOTO	

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 4,86 PIS E CONFINS, IFT 1% 741/17
VENIMENTO: Total a Pagar:
23/01/2020 R\$ 52,58



CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

EM CONFORMIDADE COM ART. 3º DA LEI 12.807/2009, INFORMAMOS QUE NÃO HÁ PENDÊNCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA HABILICULA. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSais DOS DÉBITOS ATÉ 31/12/2019, NÃO ABRANGENDO OS PARCELAMENTOS PENDENTES NAS FATURAS DE 2019.



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENIMENTO	TOTAL A PAGAR
69173737	JAN/2020	23/01/2020	R\$ 52,58

DEBITO AUTOMATICO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200090087 Cidade: Pombal Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAGUIA SOUSA Data do acidente: 06/12/2019 Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E NASCIMENTO RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO+OSTEOSSÍNTESE) (P1,2)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: PMR

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 12:26:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812262003900000035117493>
Número do documento: 20111812262003900000035117493

Num. 36792405 - Pág. 24

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200090087 Cidade: Pombal Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DAGUIA SOUSA Data do acidente: 06/12/2019 Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E NASCIMENTO RESIDÊNCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO+OSTEOSSÍNTESE) (P1,2)
ALTA

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO

Documentos complementares:

Observações: PMR

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 12:26:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812262003900000035117493>
Número do documento: 20111812262003900000035117493

Num. 36792405 - Pág. 25

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO, BRASILEIRA, SOLTEIRA, AGRICULTORA, COM RG: 3030755 SSP/PB E CPF: 054.416.494-61, RESIDENTE E DOMICILIADA NA RUA JOAO LUCIO PEREIRA, 243, CENTRO, CEP: 58.840-000, POMBAL - PB. (TEL:(83) 999746322 / 981488766 / 34311825)

OUTORGADO: Dr. JAQUES RAMOS WANDERLEY, brasileiro, casado, advogado OAB/PB 11.984, RG 2428326 SSP/PB, CPF nº 032.976.134-08, com escritório profissional a rua Bel. Francisco da Silva Almeida, nº 219, escritório, Petrópolis, Pombal - PB. CEP: 58.840-000. (TEL:(83) 999746322 / 981488766 / 34311825)

PODERES: Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – **DPVAT INVALIDEZ**, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT **INVALIDEZ** para a vítima **MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO**, COM RG: 3030755 SSP/PB E CPF: 054.416.494-61 qual foi vítima de acidente de trânsito no dia 06 / 12 / 2019.

POMBAL - PB, 20 / 02 / 2020.

~~Maria Da Guia Sauro Nascimento~~

Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma e letras por autenticidade)

CARTÓRIO AVELINO ASSIS DE QUEIROGA	
Reconheço POR AUTENTICIDADE a firma de MARIA DAGUIA SOUZA RASCIMENTO. Em <u>cart</u> , da verdade. Dou fé. POMBAL-PB, 21/02/2020.	
<u>Maria Daguia Souza Rascimento</u>	
GENIVAL SEVERO DE QUEIROGA	
Selos Digitais de Fiscalização - Tipo Normal - B-A-W53-980-DA05	
Confira os dados do ato em https://digital.tjpb.jus.br	
EMQI U.M. 01.18 FARFEN.RS 02.FEP. RS 00.00	

Genival Severo de Queiroga
Escrevente
CPF: 026.972.974-72



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071633/20

Vítima: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

CPF: 054.416.494-61

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2019

Titular do CPF: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JAQUES RAMOS WANDERLEY : 032.976.134-08

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

MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO : 054.416.494-61

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: 27/02/2020
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY
CPF: 032.976.134-08

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

JAQUES RAMOS WANDERLEY

MARCOS AURELIO VIDAL



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 12:26:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812262003900000035117493>
Número do documento: 20111812262003900000035117493

Num. 36792405 - Pág. 27

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071633/20

Número do Sinistro: 3200090087

Vítima: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

CPF: 054.416.494-61

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2019

Titular do CPF: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 20/04/2020
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY
CPF: 032.976.134-08

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/04/2020
Nome: RONALD BATISTA DOS SANTOS
CPF: 112.663.647-90

JAQUES RAMOS WANDERLEY

RONALD BATISTA DOS SANTOS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 12:26:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812262003900000035117493>
Número do documento: 20111812262003900000035117493

Num. 36792405 - Pág. 28

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0071633/20

Vítima: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

CPF: 054.416.494-61

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/12/2019

Titular do CPF: MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JAQUES RAMOS WANDERLEY : 032.976.134-08

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

MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO : 054.416.494-61

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: 27/02/2020
Nome: JAQUES RAMOS WANDERLEY
CPF: 032.976.134-08

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/02/2020
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL
CPF: 856.703.089-72

JAQUES RAMOS WANDERLEY

MARCOS AURELIO VIDAL





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE POMBAL/PB

Processo: 08005564720208150301

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 **MARIA DAGUIA SOUSA NASCIMENTO**, 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:

DA AUSÊNCIA DE NEXO – SUPOSTA LESÃO NO JOELHO DIREITO

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.

Portanto, no que pese o laudo pericial atestar a existência de invalidez permanente, quantificando-a, o mesmo não se presta a comprovar cabalmente nexo de causalidade entre as lesões e um acidente automotor. Perceba que toda documentação carreada aos autos, em especial o Boletim de atendimento médico, apontam no sentido da ausência de correspondência entre o dano suportado e um sinistro de trânsito.

EXA., NÃO HÁ NOS AUTOS, NENHUM DOCUMENTO MÉDICO QUE APONTE A SUPOSTA LESÃO NO JOELHO DIREITO!

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/11/2020 12:26:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812262097300000035117496>
Número do documento: 20111812262097300000035117496

Num. 36792408 - Pág. 1

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,

POMBAL, 16 de novembro 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 - 18/11/2020 12:26:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111812262097300000035117496>
Número do documento: 20111812262097300000035117496

Num. 36792408 - Pág. 2