



Número: **0002419-63.2015.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **17/11/2015**

Valor da causa: **R\$ 10.125,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA DA GUIA DOS SANTOS (AUTOR)	CAMILA SANTA CRUZ LINS DE SIQUEIRA (ADVOGADO)
MARES MAPFRE RISCOS ESPECIAIS SEGURADORA S/A (REU)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34539 377	21/09/2020 11:36	2750534_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 02 de Março de 2015

Carta nº: 6431365

A/C: MARIA DA GUIA DOS SANTOS

Sinistro: 3150177925
Vitima: SEBASTIAO JUNIOR DOS SANTOS DE SENA
Data Acidente: 07/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 11 de Março de 2015

Carta nº: 6512833

A/C: MARIA DA GUIA DOS SANTOS

Sinistro: 3150177925
Vítima: SEBASTIAO JUNIOR DOS SANTOS DE SENA
Data Acidente: 07/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Março de 2015

Carta nº: 6598196

A/C: MARIA DA GUIA DOS SANTOS

Sinistro: 3150177925
Vitima: SEBASTIAO JUNIOR DOS SANTOS DE SENA
Data Acidente: 07/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARIA DA GUIA DOS SANTOS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000002159-8

Conta: 000000732182-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ < CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Maria da Guia dos Santos,
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2.748.901 EXPEDIDO POR SSP/PIB EM 04/04/2000
 CPF 046.389.514-22 /CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO AGRICULTOR
 E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Sebastião Júnior dos Santos de Souza. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

! Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:

1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$2000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
 BANCO 237 AGÊNCIA 2159 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE 073.2182-1

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
 BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
 BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
 BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
 BANCO 104 • AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL João PessoaDATA 28/08/2014ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (A) Maria da Guia dos Santos

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
 - Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





Bradesco

Dia & Noite

BDN - Bradesco Dia e Noite
Deposito Conta Corrente

Data: 29/08/2014 Hora: 15:01
Term: 038635 N.Trans: 9590

Favorecido: Valor : 2,00
Banco: 237
Agencia: 2159 / SAPE
Conta: 0732182-1

Titular 1: MARIA DA GUIA DOS SANTOS

Sujeito a conferencia.

Cheque Expresso Bradesco,
Seu talao de cheques em segundos.
Sem pedir no balcao,
nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco
SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h as 18h, exceto feriados.

Obrigado
Tenha uma boa tarde

ABFM/SEGURANÇA/S/A
03 OUT 2013
RIO DE JANEIRO - RJ



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Sebastiao Junior dos Santos de Sena

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio Joao, S/N

Sitio Olho D Agua Capim PB CEP: 58287-000

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [CERTIDAO NASCIMENTO / PB] 000840

Data local do exame: [16/03/2015] João Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Periciando vítima de acidente de motocicleta, sofreu traumatismo nos punhos direito e esquerdo, com fraturas dos rádios distais direito e esquerdo.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

Sim Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

Sim Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Quadros tratados conservadoramente, evolução insatisfatória, teve alta definitiva em 10/10/2014.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

Sim Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Periciando sequelado de fraturas dos rádios distais direito e esquerdo, apresenta ao exame físico, deformidades, limitação de mobilidade e perda de força motora dos punhos direito e esquerdo.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de

"Exame não permite conclusão"

trânsito que não sejam suscetíveis de amenização

Vide motivo do impedimento no campo das observações

proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

Punho Direito.

Punho Esquerdo.

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve

% do dano: 10% residual 25% leve

50% médio 75% intensa 100% completo

50% médio 75% intensa 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

DR. JOÃO BARTOLOMEU PINTO RABELO
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 4518 TECR 0334



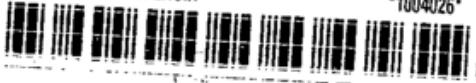


SECRETARIA DE ESTADO E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLICIA CIVIL
1^a SUPERINTENDENCIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL
7^a DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE-PB
Telefone: 3292-2604

Natureza: acidente de trânsito Em: Capim/PB

BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026*



Certidão nº 1.945/2014

CERTIFICO, em razão do meu Oficio e a Requerimento Verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o livro de Registro de Ocorrência nº 05/2014, Ocorrência Policial 1.945/2014, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos vinte e sete (27) dias do mês de agosto (08) do ano de **dois mil e quatorze (2014)**, nesta cidade de Mamanguape e na Delegacia de Polícia Civil, onde presente se encontrava a Autoridade Policial, Del. Pol. THIAGO AUGUSTO CAVALCANTI DOS ANJOS, comigo, Escrivão, no final declarado e assinado às 09:10 h, compareceu: **MARIA DA GUIA DOS SANTOS**, brasileiro, solteira, 35 anos de idade, nascido(a) em: 02/02/1979, natural de Capim-PB, filho(a) de José Francisco dos Santos e de Maria José Bernardo de Sena, Ensino Fundamental Incompleto, agricultora, RG.: 2.748.901 SSP/PB, CPF.: 046.389.514-22, Residente no(a): Rua Nova Vida, Sítio Olho D'água, s/nº, Capim/PB. telefone: (83) 9103-5340. **O(a) qual fez o seguinte registro:** QUE no dia 07 de julho de 2014 por volta das 15:30h, seu filho **SEBASTIÃO JUNIOR DOS SANTOS DE SENA**, 14 anos, nascido em: 03/05/2000 sofreu acidente de trânsito quando vinha de carona numa motocicleta de um amigo deste, pilotada por pessoa que não sabe informar o nome, QUE esta motocicleta tem as seguintes características, marca/modelo: HONDA CG 125 TITAN, ano: 1994/1995, placa: KFF 1680/PE, cor: vermelha, chassi: 9C2JC2501RRS13522 em nome de CARLOS JOSÉ DA SILVA, QUE o acidente ocorreu na PB que liga a cidade de Cuité de Mamanguape-PB a cidade de Capim/PB, quando um cachorro atravessou a pista e esta motocicleta pilotada por um amigo da vítima colidiu no animal e estes sofreram acidente de trânsito, QUE o filho da noticiante sofreu fratura de rádio e ulna, além de escoriações diversas pelo corpo, QUE foi socorrido por um carro alternativo por populares e encaminhado ao Complexo Hospitalar de Mangabeira em João Pessoa-PB. Era o que havia para certificar. Ciente das implicações legais contidas no artigo 299 (falsidade ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. Eu, Escrivão de Policia Civil, lavrei a presente e digitei. O referido é verdade de dou fé.

Mamanguape, 27 de agosto de 2014.

SERVÍCIO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Rômulo Vieira Batista - Tabuleiro / Bel. Rosangela Vieira Batista - Substituto
Rue São Pedro de Araújo, 45 - Mangabeira/PB - CEP 58000-040 - João Pessoa - PB
Fone/Fax: 3230-4650 / 3230-4659

Autentico a presente cópia, réplice ou cópia digitalizada do original que se faz apresentado. Em testemunho da verdade:
João Pessoa-PB 28/08/2014 16:23:14
Waldemir de Souza Alves - ESCREVENTE
[2014-005995] ENOL:R\$ 1,82 FARPEM:R\$ 0,22 FEP:R\$ 0,05 ISS:R\$ 0,09
SELO DIGITAL: AAE04092-JDIE
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Frederico Figueiredo Brito da Silva
APC
Mat.: 156.567-2

SABEMI SEGURADORAS SA
03 OUT 2013
RIO DE JANEIRO - RJ

Notificante: Maria da Guia dos Santos





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maria da Graça dos Santos, portador da carteira de identidade nº 2748901 e inscrito no CPF/MF sob o nº 046.389.514-22, residente e domiciliado na Rua Antônio José SIN - Sítio Olho D'água, Cidade Copion, Estado Pernambuco, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data

João Pessoa, 28/10/2014

SABEMISSEGURADORAS/A
03 OUT 2014
03 OUT 2014



AUTENTICAÇÃO

Certifico que a presente cópia é / conforme o original que me foi apresentado.
Tabelião AD HOC Requel Dutra Melo da Silva
Escrivente: Diecson Maciel da Silva
Data: 20/07/2014

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CERTIDAO DE Nascimento

REGISTRO CIVIL

1004036*

ESTADO DE Paraíba
COMARCA DE Mamanguape
MUNICÍPIO DE Capim
DISTRITO DE Olho D'água de Capim

Verônica Fernandes dos Santos
Oficial **Titular** do Registro Civil

NASCIMENTO N° 000840

CERTIFICO que, às fls. 0210V do livro n.o R-1, de Registro de Nascimentos, foi **Feito** hoje o assento de **SEBASTIÃO JUNIOR DOS SANTOS DE SENA**.

nascido aos **Tres (03)** de **Maio (05)** **2000**, horas e **55** minutos, em **Hospital e Maternidade Nossa Senhora do Rosário, Mamanguape-PB.**

natural de **Fazenda Bom Jardim, Capim-PB.**

e de Dona **Maria da Guia dos Santos.**

natural de **Fazenda Gamileira, Capim-PB.**

Sendo avôs paternos **José Bernardo de Sena.**

e Dona **Maria Minervino dos Santos.**

e avôs maternos **José Francisco dos Santos.**

e Dona **Maria José Bernardo de Sena.**

Foi declarante **O Próprio Pai.**

e serviram de testemunhas **Luciano Antônio de Andrade e, Jozeana das Neves Fernandes**, ambos residente neste Distrito.

Observações: Isenta de ônus esta primeira Certidão.

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E ÓBITO
OLHO D'ÁGUA DE CAPIM - CAPIM - PB

Verônica Fernandes dos Santos
Escrivida
25 de Setembro de 2000

O referido é verdade e dou fé.
Olho D'água de Capim

25 de Setembro de 2000

Verônica Fernandes dos Santos
Oficial



DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE ATENDIMENTO

Eu, Gilbertino Lúcio dos Santos de Sáma (menor), portador da carteira de identidade nº 9.48.901 e inscrito no CPF/MF sob o nº 046.389.514-22, residente e domiciliado na Rua Antônio Lúcio s/n Sítio Alto da Água, Cidade Cajazeiras, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar Comprovação do Ato Declaratório, para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Fui socorrido por populares
 Os órgãos expedidores da referida declaração, não prestam esse tipo de atendimento na cidade onde resido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do comprovante de *Ato Declaratório*, concordando em prestar quaisquer esclarecimentos que justifiquem a ausência da referida declaração. Declaro ainda estar ciente de que a continuidade com a análise, sem a comprovação, não é garantia para liquidação do processo, onde me coloca a disposição para realizações de perícias pela Seguradora Lider, para uma indenização justa das lesões que permaneceram devido ao acidente.

Cajazeiras, 14 de Novembro de 2014

Maria das Graças Sá

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO



INDENISEGURADORA S/A

24 NOV. 2014

RIO DE JANEIRO





CERTIDÃO

Nº 1875/2014

Atendendo solicitação do senhor ALTON SANTOS DE AZEVEDO, e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Buriti, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 668351 pertencente ao menor SEBASTIAO JUNIOR DOS SANTOS DE SENA que foi atendido na Unidade de Urgência e Emergência do Ortotrauma no dia 07/07/2014 ás 18H13min, vítima de queda de moto, apresentando trauma nos membros superiores.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio e ulna. Indicado tratamento conservador. Medicado e liberado.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, fato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 25 de agosto de 2014


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959

SABEM SEGURANÇA S/A
26 NOV 2014
RIO DE JANEIRO

SABEM SEGURANÇA S/A
26 NOV 2014
RIO DE JANEIRO - RJ





Rua da Alfandega, 90 - Sala 702
20070-004 - Rio de Janeiro - RJ

Telefones: + 55 21 2240.4315
+ 55 21 2215.6330

regdata@regdata.com.br

Rio de Janeiro, 27 de novembro de 2014

Carta/DPVAT 12441/2014

Seguradora Líder - DPVAT

At: Resp Invalidez Resposta - Sonia Faro

Rio de Janeiro/RJ

Ref. sinistro DPVAT - resposta a solicitação por carta - INVALIDEZ

Vítima

Sebastiao Junior dos Santos de Sena

Processo

/ 2014/910026

Retornamos para análise e providências, do convênio DPVAT, conforme ofício VP 099/2002, datado de 25/07/2002, o processo completo, em original, já analisado, da vítima acima epigrafada, para atender solicitação abaixo relacionada, feita através de carta.

Outros

Certo de sua atenção e providências, desde já agradecemos.

Regdata Reguladora de Seguros Ltda.

REGDATA - Reguladora de Seguros Ltda.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:36:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111364723300000033025589>
Número do documento: 20092111364723300000033025589

Num. 34539377 - Pág. 12

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/03/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DA GUIA DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02159-8

CONTA: 000000732182-1

Nr. Autenticação
BRADESCO190320150500000000023702159000000732182337500 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 21/09/2020 11:36:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092111364723300000033025589>
Número do documento: 20092111364723300000033025589

Num. 34539377 - Pág. 13

BOLETÓ PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta original.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/carta de energia elétrica. N° 000.737.423



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 229, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 09.093.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.875-0

DADOS DO CLIENTE

JOSE B DA SILVA
RUA ANTONIO JOAO S/N
CAPIM

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/289374-1

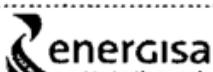
REFERÊNCIA
AGO/2014

APRESENTAÇÃO
19/08/2014

VENCIMENTO
26/08/2014

TOTAL A PAGAR
R\$ 9,76

Acesse: www.energisa.com.br



CESTAQUE AQUI

JOSE B DA SILVA
Roteiro: 11-258-833-2260
83690000000-8 09760054000-5 02893742014-0 08302580019-0



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
26/08/2014	R\$ 9,76	289374-2014-08-3

SELLO

ASSESSORIA DPVAT

(83) 3506.1821 / 8808.6227

LUMINIFUENTE DE REVISÃO

100404



ASSINATURA DE REVISÃO

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

100404

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria da Guia dos Santos,
RG nº 2748901, data de expedição 04/04/2000 Órgão SSP/PB,
CPF nº 046.389.514-22, venho perante a este instrumento declarar que não
possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome
de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Antônio João</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Sítio Olho d'água</u>
Cidade	<u>Capim</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.287-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 3506.1821 / 8808-6227</u>
E-mail	<u>suelopb@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Foto Pessoa; 28/08/2019

Assinatura do Declarante:

Maria da Guia dos Santos

SELLO
ASSISTÊNCIA
(83) 3506.1821 / 8808.6227

IBEM/SEGURADORA S/A
01 JUN 2019
RIO DE JANEIRO - RJ





CERTIDÃO

Nº. 1875/2014



DOCUMENTACAO MEDICO HOSPITALAR

10040

Atendendo solicitação do senhor AILTON SANTOS DE AZEVEDO, e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 668351 pertencente ao menor **SEBASTIAO JUNIOR DOS SANTOS DE SENA** que foi atendido na Unidade de Urgência e Emergência do Ortotrauma no dia 07/07/2014 ás 18H13min, vítima de queda de moto, apresentando trauma nos membros superiores.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio e ulna. Incidado tratamento conservador. Medicado e liberado.

E para consta eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, falo e assino a presente certidão.

João Pessoa, 25 de agosto de 2014


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959

SABEMIS/FGT/ANORAS/A
03 OUT 2011
CARTERIA
RJ
CARTERIA
RJ





DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE ATENDIMENTO

Eu, Gilbertino Lúcio dos Santos de Sáma (menor), portador da carteira de identidade nº 9.48.901 e inscrito no CPF/MF sob o nº 046.389.514-22, residente e domiciliado na Rua Antônio Lúcio s/n Sítio Alto da Água, Cidade Capim, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar Comprovação do Ato Declaratório, para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Fui socorrido por populares
 Os órgãos expedidores da referida declaração, não prestam esse tipo de atendimento na cidade onde resido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do comprovante de *Ato Declaratório*, concordando em prestar quaisquer esclarecimentos que justifiquem a ausência da referida declaração. Declaro ainda estar ciente de que a continuidade com a análise, sem a comprovação, não é garantia para liquidação do processo, onde me coloca a disposição para realizações de perícias pela Seguradora Lider, para uma indenização justa das lesões que permaneceram devido ao acidente.

Capim, 14 de Novembro de 2014

Maria das Graças Sá

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO



INDENISEGURADORA S/A

24 NOV. 2014

RIO DE JANEIRO



SELLO
ASSESSORIA DIPVAT
(83) 3506.1821 / 8808.6227



AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia está conforme o original que me foi apresentado.
Dou a minha palavra
CAPIM 29/10/2014
Tabelião AD HOC Raquel Dutra Melo da Silva
Escrevente: Diesson Macêdo da Silva

Cartório de Ofício de Notas
Av. São Sebastião, 5/N
Capim Parába

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

RE N° 296060474

CÓD. RENAVAM	01 1958350
NOME/ENDERECO:	
ESTELO, JOSÉ DA SILVA AV. 15 DE NOVEMBRO R. CAP. LIMA DE ALMEIDA, 1003 CENTRO	
CEP 70000-000	
IDM/ANTERIOR	
DATA DE CADASTRO	
TIPO DE VEÍCULO	
MARCA/MODELO	COLEÇÃO SOLAR
ANO FAB./ANO MOD.	
CAPACIDADE	CATEGORIA
024 X 100	PERMIS
COR/PREDOMINANTE	
VERMELHO	
OBSERVAÇÕES	
IMPLANTADO O SISTEMA DE INSCRIÇÃO NO SISTEMA DE CADASTRO	
DATA	03/05/93

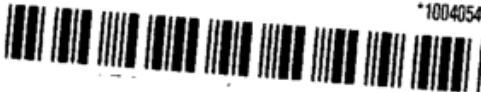


SABEM/SEGURADORA/S/A
03/05/2011
LNU/IAN/IR/0-BJ



OUTROS

1004054



DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE ATENDIMENTO

Eu, Mariu da Guia dos Santos, portador da carteira de identidade nº 2448901 e inscrito no CPF/MF sob o nº 046.389.514-22, residente e domiciliado na Rua Antônio José S/Nº Sítio Olho d'água, Cidade Papim, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar Comprovação do Ato Declaratório, para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Fui socorrido por populares
 Os órgãos expedidores da referida declaração, não prestam esse tipo de atendimento na cidade onde resido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do comprovante de **Ato Declaratório**, concordando em prestar quaisquer esclarecimentos que justifiquem a ausência da referida declaração.
Declaro ainda estar ciente de que a continuidade com a análise, sem a comprovação, não é garantia para liquidação do processo, onde me coloca a disposição para realizações de perícias pela Seguradora Lider, para uma indenização justa das lesões que permaneceram devido ao acidente.

José Ribeiro, 08 de Outubro de 2014

Mariu da Guia dos Santos

SABEMI SEGURADORA
114 OUT 2014
RIO DE JANEIRO



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150177925 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEBASTIAO JUNIOR DOS SANTOS **Data do acidente:** 07/07/2014 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A
DE SENA

PARECER

Diagnóstico: trauma Punho D + trauma Punho E

Descrição do exame Periciando sequelado de fraturas dos rádios distais direito e esquerdo, apresenta ao exame físico, deformidades, **médico pericial:** limitação de mobilidade e perda de força motora dos punhos direito e esquerdo.

Resultados terapêuticos: tratados conservadoramente

Sequelas permanentes: dano médio Punho D. + dano médio Punho E.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/03/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: MARCUS VINICIUS CARVALHO FREIRE

CRM do médico: 21102

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

