



21/09/2020

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	<a href="#">2750534_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	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](http://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](http://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 início 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**

Pag. 00441/00442 - carta\_01



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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01853/01854 - carta\_02



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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00851/00852 - carta\_15R



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

\*1004039\*



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/PB EM 04/04/2000  
 CPF 046389519-212 /CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO AGRICULTORA  
 E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 ( ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Sebastião Junior dos Santos da Silva 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](http://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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL

João Pessoa

DATA

28/08/2014

ASSINATURA 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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



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



**Bradesco**

**Dia & Noite**

BDN - Bradesco Dia e Noite  
Deposito Conta Corrente

Data: 29/08/2014 Term: 038635 Hora: 15:01  
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

SABEMIGERANORA S/A  
03 OUT 2014  
RIO DE JANEIRO - RJ



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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  
Sítio 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?

(X) 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?

(X) 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)?

(X) 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização 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):

**Punho Direito.**

% do dano: ( ) 10% residual (X) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

**Punho Esquerdo.**

% do dano: ( ) 10% residual (X) 25% leve

( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 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) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
DR. JOÃO BARTOLOMEU PINTO NABEIRO  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM - PB 4518 TEOD. 0334

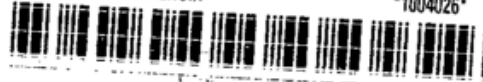




SECRETARIA DE ESTADO E DA DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
1º SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
7ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE-PB  
Telefone: 3292-2604

Natureza: acidente de trânsito Em: Capim/PB

BOLETIM DE OCORRENCIA



\*1004026\*

## Certidão nº 1.945/2014

CERTIFICO, em razão do meu Ofício 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 Polícia Civil, lavrei a presente e digitei. O referido é verdade de dou fé.

Mamanguape, 27 de agosto de 2014.

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL  
Del. Rômulo Vieira Batista - Tabelião / Del. Rosângela Vieira Batista - Substituto  
Rua São Paulo da Angra, 41 - Mangabeira/João Pessoa - CEP 58055-010 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: 3336-0069 / 3336-6300

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que foi apresentado. Em testemunho da verdade:  
João Pessoa-PB 28/08/2014 16:23:14  
Waldemar de Souza Alves - ESCRIVENTE  
[2014-005995] EMOL:R\$ 1,82 FAREN:R\$ 0,22 FEP:R\$ 0,05 ISS:R\$ 0,00  
SEL DIGITAL: AAE04092-JDIE  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

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

Notificante: Maria da Guia dos Santos







## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Maria da Guia 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 João S/N - Glória Olho D'água, Cidade Copim, 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

João Pessoa, 28/08/2019

Local e data





## DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE ATENDIMENTO

Eu, Suelio Moreira dos Santos de Lima (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 José em Sítio Alto Negro, 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

Marcos Vinícius de S. S.

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO



UNIDEMI SEGURADORA S/A.

24 NOV. 2014

RIO DE JANEIRO





## CERTIDÃO


Nº 1875/2014

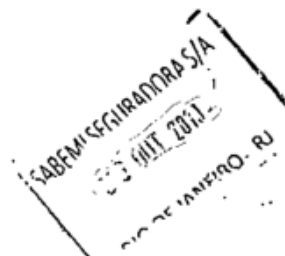
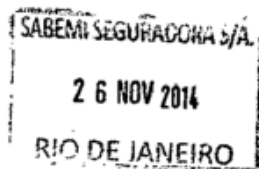
Atendendo solicitação do senhor AILTON SANTOS DE AZEVEDO, e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burit, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 668351 pertencente ao menor **SEBASTIAO JUNIOR DOS SANTOS DE SENA** que foi atendido na Unidade de Urgência e Emergência do Ortopedia no dia 07/07/2014 às 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





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

Processo

Sebastiao Junior dos Santos de Sena

/ 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.



# 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

BRADESCO1903201505000000000023702159000000732182337500 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

# BOLETÔ PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta original.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. Nº 000.737.423



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 229, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 18.015.875-0

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR
JOSE B DA SILVA RUA ANTONIO JOAO S/N CAPIM			5/289374-1
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2014	19/08/2014	26/08/2014	R\$ 9,76

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



CESQUE 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 PRIVAT

(83) 3506.1821 / 8808.6227

CUMPRIMENTOS DE RESIDÊNCIA



10/04/04

ASSERVAÇÃO DE RESIDÊNCIA

10/04/04

SABEMIGUIRANAS/A  
03 OUT 2014  
21/04 14:00 - RJ



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. 14

## 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 Antonio João</u>
Número	<u>SIN</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Sítio Olho D'água</u>
Cidade	<u>Capim</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58.287-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 3506.1821 / 8808-6227</u>
E-mail	<u>sueliohdpvot@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa; 28/08/2014

Assinatura do Declarante: Maria da Guia dos Santos

**SELLO**  
ASSINADO  
(83) 3506.1821 / 8808.6227

REGISTRADORAS/A  
03 JUL 2014  
RIO DE JANEIRO - RJ







## CERTIDÃO

Nº.1875/2014




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 Tarcísio Burty, 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 às 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



## DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE ATENDIMENTO

Eu, Suelio Moreira dos Santos de Lima (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 José em Sítio Alto Negro, 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

Marcos Vinícius de S. S.

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO



UNIDEMI SEGURADORA S/A.

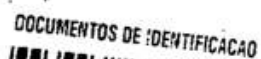
24 NOV. 2014

RIO DE JANEIRO





**AUTENTICAÇÃO**  
Certifico que a presente cópia está conforme o original que me foi apresentado.  
Dou fé:   
CAPIM 29/07/2014  
☒ Tabellã AD HOC Raquel Dutra Melo da Silva  
☐ Escrevente: Dileson Machiel da Silva  
Cartório de Ofício de Notas  
Av. São Sebastião, S/N  
Capim Paraisópolis

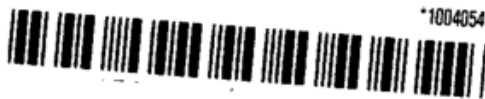


03 OUT 2011  
RIO DE JANEIRO - RJ





OUTROS



\*1004054\*

### DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE ATENDIMENTO

Eu, Marcia da Guia dos Santos, portador da  
carteira de  
identidade nº 248901 e inscrito no CPF/MF sob o nº  
046.389.514-22,  
residente e domiciliado na  
Rua Antônio Gomes S/N Sítio Alfa Negra,  
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.

João Pessoa, 08 de Outubro de 2014

Marcia da Guia dos Santos

SABEMI SEGURADORA  
14 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 médico pericial:** 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.

**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:**

