



Número: **0827961-07.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **13ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/06/2017**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS (AUTOR)		ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO)	
		FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36625658	13/11/2020 10:24	2764677_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 28 de Março de 2017

Carta nº: 10731238

A/C: JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170167224 ASL-0109818/17
Vitima: JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS
Data Acidente: 07/05/2016
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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2017

Carta nº: 10733067

A/C: JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170167224 ASL-0109818/17
Vítima: JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS
Data Acidente: 07/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/03/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **07/05/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo
- DUT faltando página
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00891/00892 - carta_03



Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2017

Carta nº 11701251

a/c: JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS

Sinistro: 3170167224 ASL-0109818/17
Vitima: JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS
Data Acidente: 07/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00717/00718 - carta_16

00020359





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO POR



Este formulário deverá ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seg.

ainda que estes sejam seguradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras para evitar risco de cancelamento da indenização no futuro.

EU, Joselio Rodrigues dos SantosPORTADORIA DO RG Nº 62972405EXPEDIDO POR SSP/PBem 01-06-99CPF 042057214-71 /CNPIPelo(a) VigiaE RENDA MENSAL DE R\$ 15,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Joselio Rodrigues dos Santos A SEGURADORA LIDER DON CONSUMIDOR POR SEU SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS

Resolução Super nº 443/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as pessoas físicas e jurídicas que confirmam o pagamento de indenizações ou valores no pagamento de indenizações, devem apresentar documento de identificação pessoal e documento de residência e de renda mensal.

Para evitar repugnância de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo mencionados **não devem** ser fornecidos quando os beneficiários:

- Conta salário (ou benefício) - nos documentos aparecem termos tais como INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário e Benefício;
- Conta Emprego (ou) - nos documentos aparecem termos tais como CHEFE ou VZ, ME ou PROPRIOVAL ou LUGA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL - atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL (ou) cartão 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUANÇA - operação 013 da CEF aberta em unidade financeira com limite de movimentação de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em processo de cancelamento ou que esteja a ser cancelada de acordo com o contrato;
- Contas de terceiros dos dados bancários;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização, não cadastrado em qualquer banco, ou não no site do RECENTE CENSO;
- www.cpf.gov.br, bem como o CPF cadastrado no SISEVAT Sincor não é o mesmo que o CNIL (CPF) ou o CPF do CENSO;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários como na conta digitalizada anterior ou fotos escritas e não por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia de verso do cartão multibanco (multibanco) ou cópia de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS):

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito se existir) 10553 Nº da CONTA (com dígito se existir) 16946-3

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRASILESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL):

Nº do BANCO 100 Nº da AGÊNCIA (com dígito se existir) 100 Nº da CONTA (com dígito se existir) 100

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

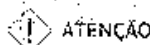
Assinatura e Data

Assinatura e Data

Assinatura e Data João Carlos, 03 de Março 2017 Joselio Rodrigues dos Santos

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

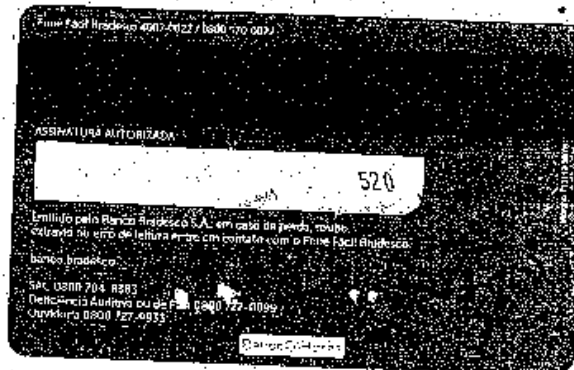
O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte por acidente de trânsito, desde que o acidente tenha ocorrido no âmbito do território nacional e não em decorrência de ato de guerra ou de ato de terrorismo. No caso de invalidez permanente total, o valor da indenização é de R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente total, desde que o acidente tenha ocorrido no âmbito do território nacional e não em decorrência de ato de guerra ou de ato de terrorismo.

Para a concessão do benefício, a indenização deve ser solicitada pelo beneficiário ou por seu representante legal, no prazo de 90 dias a partir da data do acidente.

SINCOR/PB

20/03/2017

2/82



SINCOR/PB

25/03/2017





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00300.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00300.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:17 horas do dia 15 de fevereiro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo, Agente de Investigação do seu cargo, ao final assinado, compareceu **Joselio Rodrigues dos Santos**, conhecido(a) por Freire, CPF nº 042.057.214-71, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Vigia, filho(a) de Maria das Graças Rodrigues dos Santos e Otavio José da Silva, natural de Pitimbu/PB, nascido(a) em 04/02/1982 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua do Mucum, Nº SN, complemento ACAU, bairro Centro, tendo como ponto de referência Por Trás do Bar de Arlindo, na cidade de Pitimbu/PB, telefone(s) para contato (83) 99390-7608.

Dados do(s) Fatos:

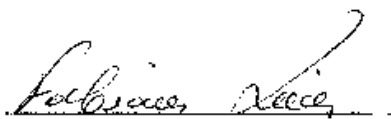
Local: Pb 044, Perto da Usina Tabu, Caaporã/PB, ; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodevia, estrada, etc); Data/Hora: 07/05/16 10:35h. Tipificação: **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

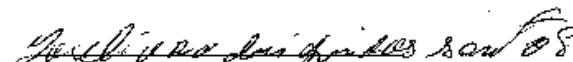
Que no dia 07.05.2016, por volta das 10h35, conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG125 FAN, COR PRETA, ANO 2008, PLACA KHP5669/PE, CHASSI 9C2JC30708R215669, DE PROPRIEDADE DE EDNALDO FRANCISCO DA SILVA, pela Pb 044, Caaporã/PB, quando após passar pela Usina Tabu foi travado por outra MOTOCICLETA não identificada, onde o noticiante acabou colidindo com a mesma, vindo ambos a caírem ao solo; Que devido ao fato o noticiante veio a sofrer FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA, sendo socorrido pelo SAMU de Caaporã e conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos; Que o noticiante informa que o outro condutor não machucou-se, apenas uma mulher que vinha na garupa machucou o pé; Que a Polícia Militar foi acionada e esteve no local, onde realizou os procedimentos devidos. Diante do exposto noticiou o fato.

Sendo o que havia a constar, cientifico o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 15 de fevereiro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigação


JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS

Noticiante



SINCOR/PB

20/02/2017

Procedimento Policial: 00300.01.2017.1.00.420

1/1



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Joelcio Rodrigues dos Santos, portador da carteira de identidade nº 6297295 e inscrito no CPF/MF sob o nº 049057214-7, residente e domiciliado na Rua do Melchior S/N, Cidade Acari - PB, Estado Paraíba, 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 (Iden DPVA) 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 impugnação, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 03 de Março de 2017

Local e data

SINCOR/PB

20/03/2017





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAAPORA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

105136	ID da Ocorrência: 105136	US: ☒ UBB ☐ USA ☐ MT	Nº / Bairro: 47	Plantão: ☒ Dia ☐ Noite	Hora de Saída da Base: 10:35 Hs	Hora de Chegada no Local: 10:41 Hs
Nome / Endereço: Deseo Rodrigues dos Santos				Idade: 39	Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino	Telefone: 3333
Tipo de Ocorrência: ☐ Culpeira ☐ Tequera ☐ Pânico ☐ BR 101 ☐ Acad ☐ Outro:				Médico Regulador:		
Vítima: J. de Almeida				Bairro: A. M.		
Localidade da vítima(s) no local: ☐ Lima ☐ Duas ☒ Três ☐ Mais de três						
Tipo no local: ☒ BSB ☐ USA ☐ Resgate / Combates ☐ PM ☐ Resgate PRF ☐ BPTAN ☐ Outro:						
Causa: ☐ Socorrido por terceiros ☐ Socorrido pelos Bombeiros ☐ Evoluiu-se no local ☐ Não ☐ Outro:						
SITUAÇÃO DO PACIENTE: ☐ Atendido no local e liberado ☐ Encaminhado a Unidade Hospitalar ☐ Óbito no local ☐ Óbito durante o atendimento						
Assinatura (Assinatura Hospitalar)				Assinatura e Rubrica		

TURMA DA OCORRÊNCIA

CLÍNICO ☐ PSICOLÓGICO ☐ GINECO-OBSTÉTRICO

Outro: 105136

CAUSAS EXTERNAS

☒ Acidente de Trânsito

☐ Queda de carro e moto

☐ Queda de moto

☐ Atropelamento por:

☐ Carro e carro

☐ Carro e pedestre

☐ Outro:

☐ F.A.P.

☐ F.A.B.

☐ Agressão Física

☐ Atropelamento

☐ Queda - Altura aproximada:

☐ Soterramento / Desenterramento

☐ Choque Elétrico

☐ Outro:

☐ TRANSFERÊNCIA

Hospital de Origem:

Responsável:

Hospital de Destino:

Responsável:

ANTECEDENTES

☐ AIDS

☐ Alcoolismo

☐ AVC

☐ Convulsões

☐ Diabetes

☐ Doença Cardíaca

☐ Doença Infecto-contagiosa

Outro:

☐ Doença Renal

☐ Doença Renal

☐ Doença

☐ Hipertensão Arterial

☐ Infarto Agudo do Miocárdio

☐ Problemas Respiratórios

☐ Medicamentos de Uso Contínuo

Idade: 39 ANOS Sexo: M FR: 22 HGT: 1,72 3p02 - 5p02 3p02 - 5p02

HISTÓRIA CLÍNICA (SINTOMAS, QUEIXAS) - EVOLUÇÃO DO TÉCNICO EM ENFERMAGEM OU EVOLUÇÃO MÉDICA

REGISTRO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Assinatura do Enfermeiro

Assinatura: I. ANDRÉIA + AVP + S. V. L.

Assinatura do Enfermeiro

Assinatura: S. V. L. de Almeida + AVP + S. V. L. de Almeida
Assinatura: S. V. L. de Almeida + AVP + S. V. L. de Almeida
Assinatura: S. V. L. de Almeida + AVP + S. V. L. de Almeida

Assinatura da REGULAÇÃO MÉDICA

Assinatura: S. V. L. de Almeida + AVP + S. V. L. de Almeida

SINCOR/PB

20/03/2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Documentação Médica Hospitalar

Eu João Rodrigues dos Santos

RG nº 6297295, data de expedição 01/06/99. Órgão SSD/PB

CPF nº 042 057 214-71 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 do Uucemim</u>
Número	<u>512</u>
Apto/ Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Acaraú - PB</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58394-000</u>
Telefone de Contato	<u>993907608</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 03-03-2017

Assinatura do Declarante: João Rodrigues dos Santos

SINCOR/PB

28/03/2017





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	JOSELIO RODRIGUES DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO	04/02/82
NOME DA MÃE	MARIA DAS GRAÇAS RODRIGUES DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	918.522
PRONTUÁRIO N.º	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
DATA DO ATENDIMENTO	07/05/16
HORA DO ATENDIMENTO	11:56
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTO
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA
CID 10	V 29 + S 42.0 + S 51.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, RESGATADO PELO SAMU, PROCEDENTE DE CAAPORÁ, QUEIXANDO-SE DE DOR EM CLAVÍCULA DIREITA E COTOVELO DIREITO. EF= FERIMENTO CORTOCONTUSO EM COTOVELO DIREITO. GLASGOW 15.

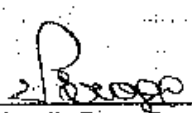
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE TÓRAX
RX DE OMBRO DIREITO- FRATURA DE CLAVÍCULA

TRATAMENTO

PACIENTE SUBMETIDO AO 1º ATENDIMENTO + AVALIAÇÃO COT + TRATAMENTO CONSERVADOR PARA FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA COM ENFAIXAMENTO + RETORNO AO HTOP APÓS 08 DIAS PARA AVALIAÇÃO + SUTURA DO FCC + MEDICAÇÃO.

ALTA HOSPITALAR: 07/05/2016
DATA DA EMISSÃO: 20/09/2016

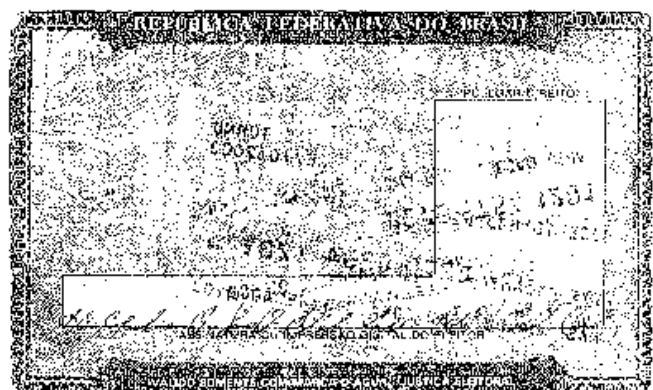
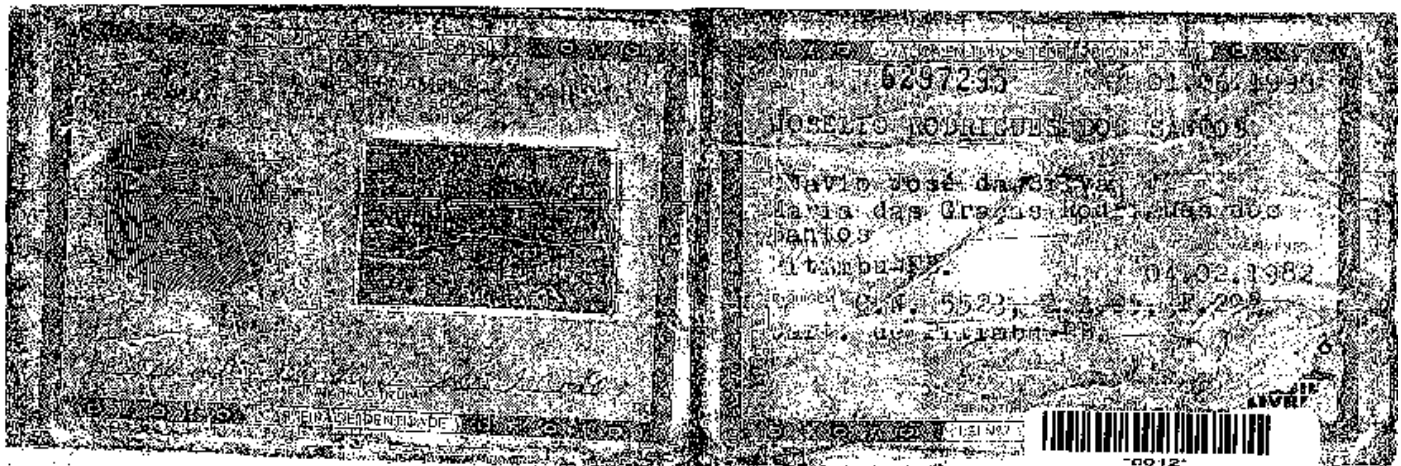

Dr. Joacila Braga Brandão
CRM: 1741/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

SINCOR/PB

20/03/2017





SINCOR/PB

20/03/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:24:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310245414500000034962589>

Número do documento: 20111310245414500000034962589