



Número: **0861145-80.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **30/09/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WALBER LAURENTINO CASSIMIRO (AUTOR)		LUIS ANDRE DE SA E BENEVIDES ALBUQUERQUE (ADVOGADO) José Alberto de Sá e Benevides Albuquerque (ADVOGADO)	
MAPFRE (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37093103	25/11/2020 15:15	2764708_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2017

Carta nº: 11640562

A/C: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170489259 ASL-0328974/17
Vítima: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO
Data Acidente: 06/04/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **24/08/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **06/04/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório 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 **COMPREV SEGURADORA S/A** 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. 00859/00860 - carta_03



Rio de Janeiro, 12 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **WALBER LAURENTINO CASSIMIRO**

Nº Sinistro: **3170489259**
Vitima: **WALBER LAURENTINO CASSIMIRO**
Data do Acidente: **06/04/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170489259**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12501990

Pag. 00475/00476 - carta_16 - INVALIDEZ

00020238



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Seguradora Líder - 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, WALBER INVENTINO CASSIMIRO
PORTADOR(A) DO RG Nº REUSO-36 EXPIDIDO POR SSP-PI3 EM 24-10-2011
CPF 032863147397 PROFISSÃO REUSO-36
E RENDA MENSAL DE R\$... NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA WALBER INVENTINO CASSIMIRO 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 todos os seguradores são obrigados 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 taxa de renda mensal.

Para evitar a programação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for 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 Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL);
- Conta de titularidade governamental, bem como o CPF cadastrado no SISPVTAT sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE! Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, estíbel a mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 04 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 131401-0 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013

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

ASL-029023023
22/01/2013
LOCAL E DATA

WALBER INVENTINO CASSIMIRO
22/01/2013
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO:

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$ 13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários/representantes a 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 lesões 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.dpvatsegulidodetransito.com.br ou ligue para SAC DPVAT 0800-0221204.

CÓPIA



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

1914 - SANTA RITA. PB

DATA: 23/06/2017

TERMINAL: 1007

NSU: 00054E

HORA: 12:08:26

AUT.: 0058

COMPROVANTE DE DEPOSITO

NUM.DOC.: 000000

AGENCIA/CONTA CREDITADA: 1914/013/00.131.701-0

NOME: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO

DEPOSITANTE:

O T

VALOR TOTAL:

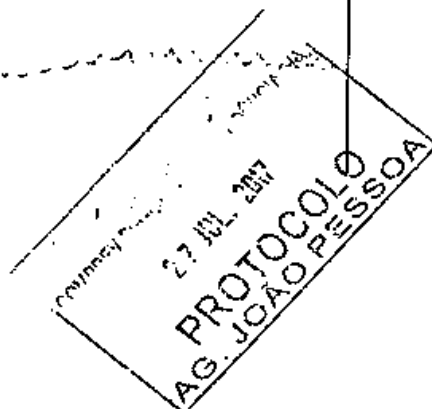
VALOR DINHEIRO:

Informacoes, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA 0800 726 0101

Ouvidoria da CAIXA. 0800 725 7474

www.caixa.gov.br



CÓPIA



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
Intendência Regional de Polícia
Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia da Câmara de Mamanguape



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 006/2015

Ocorrência nº 1872/2015

OS DOIS DIAS DE SETEMBRO DE DOIS MIL E QUINZE, nesta cidade de MAMANGUAPE, PERNAMBUCO, de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Sr(a). JAIME JOSE CAVALCANTE DE MATOS, Delegado(a) de Polícia Civil, (comigo, escrivão) Gilvany Ribeiro da Silva, ai, por volta de 11h15min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

VERÔNICA LAURENTINO, conhecido por Identidade nº 2.665.968-SSS/PB; CPF nº 000.000.000-00, nacionalidade brasileira; estado civil: solteira; profissão: secretária de lar; filho(a) de RITA MARIA DA CONCEIÇÃO, natural de Cruz do Espírito Santo/PB, nascido(a) em 02/08/1979 (35 anos de idade); do sexo feminino; residente e domiciliado(a) no(a) Rua José Carlos de Melo, 09, conjunto Julia Paes, tendo como ponto de referência: na cidade de CRUZ DO ESPÍRITO SANTO/PB; (fones) para contato: 85.98.749-0148.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 06 de abril de 2015;
- 3) HORARIO: 12h00min;
- 4) LOCAL: Rodovia PB-041, município de Capim/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital de Emergência e Trauma, Senador Humberto Lucena;
- 6) O COMUNICANTE VITIMA CONDUZIA O VEÍCULO? NÃO;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUCTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTARIAS SIM/NÃO;
- 9) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE: moto HONDA CG 150 FANEST, cor preta, ano 2011, placa DET 4829/PB;
- 10) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

8) BREVE RESUMO DO FATO:
Em 06/04/2015, por volta das 12h00min, o filho da declarante, WALBER LAURENTINO CASSIMIRO, Brasileiro, nascido aos 06/05/2009, filho de Antônio Junior Cassimiro e de Verônica Laurentino, RG 3.964.872-SSP/PB, viajava como carona na moto acima mencionada, conduzida pela pessoa ELAUBATO, residente na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, a qual é primo da vítima, quando nas proximidades da cidade de Capim/PB, ao tentar fazer uma curva o condutor da moto perdeu o controle de direção vindo a cair na pista de rolamento, onde a vítima foi encaminhada para o Hospital de Trauma da cidade de João Pessoa, onde foi diagnosticado fratura exposta em extremidade proximal do membro direito com lesão neurovascular. CID 10: V29.1 + S82.1.1 + S85.9.1 + M86.1.

9) OBSERVAÇÕES:
ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE TRINTA DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DO(S) DOCUMENTO(S) PERDIDO(S) EXTRAVIADO(S).

Nada mais a consignar, lido e achado conforme; vai devidamente assinado pelo(a) notificante, e por mim, escrivão(a) que digitei.

VERÔNICA LAURENTINO
Comunicante

Escrivão(a)/Agente:
SUELIO MOREIRA TORRES

Autêntico a presente cópia, reproduzida fielmente do original que se encontra apresentado. Es. testemho da verdade:
PB 20/07/2017 09:51:57

Mely Santiago Pereira Feitosa - Tabelião Substituta
(2017-06/222) EML-RN 2131 FAREN-RN 0122 FEPJ-RN 0148 ISSIN 012
SELO DIGITAL 25194197-RN11

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tam.jus.br>



Declaração de Inexistência de



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, WALLER LAURENTINO CASSIMIRO,
portador da carteira de identidade nº 3.964.872 e inscrito no
CPF nº 132.863.144.39, residente e domiciliado na
RUA CARLOS DE MELLO Nº 09
SANTO ANTONIO DO PARAIIBA, Cidade CRUZ DO ESPÍRITO
Estado PARAIBA, 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:

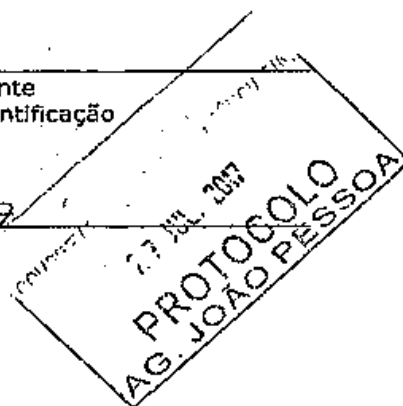
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza
perícias com prazo superior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

Waller Laurentino Cassimiro
Xilexâmica Laurentino
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

JOÃO PESSOA 13-20/07/2017
Local e data



CÓPIA





MINISTÉRIO DA SAÚDE
BRASIL

LAUDO MÉDICO/RESUMO DE ALTA

HELENA

Nome: <u>Walter T. Torres</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Enf:	Leito:
Data de admissão: <u>06.03.13</u>				Data da alta: <u>01.03.13</u>	
Diagnóstico inicial: <u>Fratura de pé de tibia</u>					
Diagnóstico final:					
Outros diagnósticos: <u>(ATO DECLARATORIO)</u>					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe:					
Terapêutica medicamentosa: <u>Osteossíntese de tibia</u>					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriológico:					
Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito()					
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Ata de alta do paciente WALTER T. TORRES, nascido em 29.06.13, por fratura de tibia / O. Phos.</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta:					
Repouso:					
Relativo em casa por, _____ dias.					
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.					
Medicações para casa:					
Retorno:					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.					
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.					
João Pessoa, <u>01</u> de <u>03</u> de <u>13</u>					
Ass: Médico/CRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					

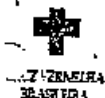
Comprovação de ato declaratório



Ass: Médico/CRM

17 JUL 2013
PROTOCOLO
AGILIZAÇÃO PESSOA
F(NG) APC.002-2





LAUDO MÉDICO/RESUMO DE ALTA

FEETRA

Nome: <u>Walter T. Torres</u>		Registro:	
Idade: <u>...</u>	Sexo: <u>...</u>	Cor: <u>...</u>	Clínica: <u>...</u>
Data de admissão: <u>06.04.13</u>		Enf: <u>...</u>	Leito: <u>...</u>
Data da alta: <u>01.05.13</u>			
Diagnóstico inicial: <u>Fratura de bacia e tibia</u>			
Diagnóstico final: <u>...</u>			
Outros diagnósticos: <u>(ATO DECLARATORIO)</u>			
Principais exames: <u>...</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>...</u>			
Terapêutica medicamentosa: <u>Osteossíntese de tibia</u>		Comprovação de ato declaratório: <u>...</u>	
Anatomia patológica: <u>...</u>			
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()			
Resultado bacteriológico: <u>...</u>			
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>...</u>			
Dieta: <u>...</u>			
Reposo: <u>...</u>			
Retorno às atividades sem esforço físico em <u>...</u> dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, <u>...</u> dias e com maior em <u>...</u> dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.			
Medicações para casa: <u>...</u>			
Retorno: <u>...</u>			
Ao posto de saúde em <u>...</u> para retirada de pontos.			
Ao ambulatório <u>...</u> em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: <u>01 de 05 de 13</u>			
Ass. Médico/CRM <u>...</u>			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

COPIA

17 JUL 2013
PROTOCOLO
AGUJOA PESSOA
F(NG)APC-002-2



Comprovante de residência

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIAEu, WALBER LAURENTINO CASSIMIRORG nº 3.964.972, data de expedição 26/05/2011,Órgão SSP-PB, CPF nº 132.863.149-39, 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

segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>JOSE CARLOS DE MELO</u>
Número	<u>09</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>CRUZ DO ESPIRITO SANTO</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58337000</u>
Telefone de contato	<u>93-98840-7085 - 99639.8400</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA/PB 12.07/2017Walber Laurentino CassimiroVerônica Laurentino

Assinatura do Declarante



COPIA



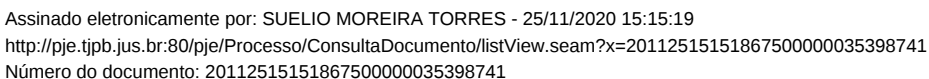
ASL-02
adaillon.oli
22/01/2018

ASL-023
adailton.oli
22/01/2018

ASL-0290
adaillon.oliveira
22/01/2018 11:50:05

[illegible]

CÓPIA





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	WALBER LAURENTINO CASSIMIRO
DATA DE NASCIMENTO	06/05/00
NOME DA MÃE	VERÔNICA LAURENTINO
DADOS EXTRAÍDOS	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	826.807
PRONTUÁRIO N.º	88.752
DATA DO ATENDIMENTO	06/04/15
HORA DO ATENDIMENTO	15:31H
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA EXPOSTA EM EXTREMIDADE PROXIMAL DE TÍBIA DIREITA COM LESÃO NEUROVASCULAR
CID 10	V29 + S82.1.1 + S85.9.1 + M86.1
AVALIAÇÃO INICIAL	
PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, PROCEDENTE DE MAMANGUAPE, SOCORRIDO PELO SAMU, COM DOR + DEFORMIDADE EM JOELHO E PERNA DIREITA + LESÃO DE PARTES MOLES + LESÃO NEUROVASCULAR + AUSÊNCIA DE PULSO E FLUXO EM PEDIOSA. GLASGOW 15.	
EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:	
RX DE PERNA DIREITA - RELATO COT = FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL GRAVE COM PERDA ÓSSEA.	
RX DE COXA DIREITA	
RX DE JOELHO DIREITO.	
EXAMES LABORATORIAIS.	
TRATAMENTO:	
PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DEBRIDAMENTO + CORREÇÃO VASCULAR + COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO. AVALIADO POR CIR. VASCULAR E OPERADO POR DR. FELIPE SENA + CIRURGIA SEQUENCIAIS COM RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE E EM 3º TEMPO - REDUÇÃO + FIXAÇÃO CRUENTE DE FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL OPERADO POR DR. ROBERTO. IMOBILIZADO COM TALA INGUINOPODALICA. FEZ TRATAMENTO PARA OSTEOMIELITE TIBIAL DIREITA RESOLVIDA. MEDICADO	
ALTA HOSPITALAR:	01/05/15 COM RETORNO HTOP
DATA DA EMISSÃO:	11/08/2015

Dr. Joacelia 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

CÓPIA

PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA





LAUDO MÉDICO/RESUMO DE ALTA

FEETSM

Nome: <u>Waldemar Torres</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão: <u>06.04.13</u>				Data da alta: <u>01.05.13</u>	
Diagnóstico inicial: <u>Fratura de fêmur da tíbia</u>					
Diagnóstico final:					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe:					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()					
Resultado bacteriológico:					
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito ()					
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Tratado com antibioticoterapia e fisioterapia. Evolução satisfatória. Alta em 01.05.13.</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta:					
Repouso:					
Relativo em casa por, _____ dias.					
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.					
Medicações para casa:					
Retorno:					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.					
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>01 de 05 de 13</u>					
Ass: Médico/CRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					

CÓPIA

F(NG).APC.002-2





RESUMO DE ALTA

Referência e Contra Referência - CCIH

EBSERH
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA

Nome: Walter Lauretino Cassimiro N.º Prontuário: 11541273 N.º Reg: 7
Idade: 15 Sexo: M CSE: 131115 Clínica: NEC/Pediatria Enf: 30915115 Leito: 11

DATA DE EMISSÃO: 01/09/17 DATA DA ALTA: 07/09/17 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 01/09/17

DIAGNÓSTICO INICIAL: Lesão por estiramento do nervo fibular direito C.I.D. 1: S54.0

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O mesmo

OUTROS DIAGNÓSTICOS: NIL

PRINCIPAIS EXAMES: Exame físico

CIRURGIA REALIZADA - DATA E EQUIPE: 02/09/17 Dr. Valdir Drumond

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: 17:53:40

DIAG. ANATOMIA PATOLÓGICA: 0

INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA: 02/09/17

CONDIÇÕES DE ALTA: ☒ MELHORANDO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA E COMPLICAÇÕES): 07/09/17

Paciente foi vítima de acidente motociclístico, tendo fraturado a perna direita por procedimento cirúrgico e colocação de pinos, o nervo fibular comum direito foi comprimido quando o paciente começou a não conseguir fazer a dorsiflexão da pé direita (fe encaixe). Após a permissão na face lateral da perna, realizou-se a descompressão cirúrgica do nervo fibular comum direito. Paciente recebeu alta em bom estado geral, recebendo as devidas orientações quanto aos cuidados com o membro operado e medicação de controle da dor.

ORIENTAÇÕES POS-ALTA: 17:53:40

DIETA: Livre para a idade

REPOUSO: Repouso relativo em casa por 07 dias.

Retorno às atividades sem esforços físicos em 07 dias.

Retorno às atividades com esforços físicos leve em 07 dias e com esforços mais pesados em 07 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço local, ou se ocorrer febre, procure imediatamente o serviço de cirurgia do Hospital Universitário.

RETORNO: 07/09/17 Ao ambulatório de EGRESSOS em 07/09/17 para retirada de pontos.

Retorno: 07/09/17 Ao ambulatório de 07/09/17

Data: 07/09/17 08/09/17 15/09/17

COPIA





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	WALBER LAURENTINO CASSIMIRO
DATA DE NASCIMENTO	06/05/00
NOME DA MÃE	VERONICA LAURENTINO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	826.807	Documentação médica - hospita 	
PRONTUÁRIO N.º	88.752		
DATA DO ATENDIMENTO	06/04/15		
HORA DO ATENDIMENTO	15:31H		
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA		
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA EXPOSTA EM EXTREMIDADE PROXIMAL DE TÍBIA DIREITA COM LESÃO NEUROVASCULAR		
CID 10	V29 + S82.1.1 + S85.9.1 + M86.1		

AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, PROCEDENTE DE MAMANGUAPE, SOCORRIDO PELO SAMU, COM DOR + DEFORMIDADE EM JOELHO E PERNA DIREITA + LESÃO DE PARTES MOLES + LESÃO NEUROVASCULAR + AUSÊNCIA DE PULSO E FLUXO EM PEDIOSA. GLASGOW 15

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE PERNA DIREITA - RELATO COT = FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL GRAVE COM PERDA ÓSSEA.

RX DE COXA DIREITA.

RX DE JOELHO DIREITO.

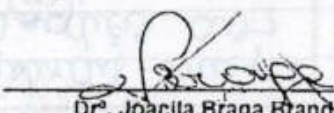
EXAMES LABORATORIAIS.

TRATAMENTO:

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM DEBRIDAMENTO + CORREÇÃO VASCULAR + COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO. AVALIADO POR CIR. VASCULAR E OPERADO POR DR. FELIFE SENA + CIRURGIA SEQUENCIAIS COM RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTESE E EM 3º TEMPO - REDUÇÃO + FIXAÇÃO CRUENTE DE FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL. OPERADO POR DR. ROBERTO. IMOBILIZADO COM TALA INGUINOPODÁLICA. FEZ TRATAMENTO PARA OSTEOMIELITE TIBIAL DIREITA RESOLVIDA. MEDICADO

ALTA HOSPITALAR: 01/05/15 COM RETORNO HTOP

DATA DA EMISSÃO: 11/08/2015


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

27 JUL 2015
PROTOCOLADO
AG. JOAO PESSOA

CÓPIA





LAUDO MÉDICO/RESUMO DE ALTA

REC-001

Nome: <u>Walter T. Torres</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão: <u>06.04.15</u>				Data da alta: <u>01.05.15</u>	
Diagnóstico inicial: <u>fratura de rádio e ulna</u>					
Diagnóstico final:					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:					
Cirurgia realizada - data e equipe:					
Terapêutica medicamentosa:					
Anatomia patológica:					
Infecção: sim () não (☒) Coleta de material: sim () não (☒)					
Resultado bacteriológico:					
Condições de alta: Melhorado(☒) Removido() A pedido() Curado() Óbito()					
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>Tratado com cirurgia de 29.04.15</u> <u>Dr. Roberto / Dr. Maria</u>					
Orientações Pós Alta					
Dieta:					
Repouso:					
Relativo em casa por, _____ dias.					
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.					
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.					
Medicações para casa:					
Retorno:					
Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.					
Ao ambulatório _____ em 30 dias para revisão.					
João Pessoa: <u>01</u> de <u>05</u> de <u>15</u>					
Ass: Médico/CRM					
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					

COPIA

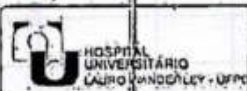
F(NG).APC.002-2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/11/2020 15:15:19

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112515151867500000035398741>

Número do documento: 20112515151867500000035398741



RESUMO DE-ALTA

Referência e Contra Referência - CCIH



Nome:	Walter Laurentino Cassimiro	N.º Prontuário:	11541273	N.º Reg:	7
Idade:	15a	Sexo:	M	CSE:	
Clinica:	UCL/Pediatria	Ent.:	309	Leito:	

DATA DA EMISSÃO:	DATA DA ALTA:	TEMPO DE PERMANÊNCIA:
	27/08/15	

DIAGNÓSTICO INICIAL:	C.I.D.
LESÃO GRAVE DO NERVO FIBULAR DIREITO	

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:	
O MESMO	

OUTROS DIAGNÓSTICOS:	
----------------------	--

PRINCIPAIS EXAMES:	
--------------------	--

CIRURGIA REALIZADA - DATA E EQUIPE:	DR. VALDIR DE MENDONÇA
EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA DO NERVO FIBULAR DIR. - MICRONEURORRIZISE E PLASTICA DE GOMES	

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:	
----------------------------	--

DIAG. ANATOMIA PATOLÓGICA:	
----------------------------	--

INFECÇÃO F.O.	☐ SIM ☒ NÃO	COLETA DE MATERIAL	☐ SIM ☐ NÃO
---------------	--	--------------------	---

RESULTADO BACTERIOLOGIA:	
--------------------------	--

CONDIÇÕES DE ALTA:	
☒ MELHORANDO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO	

RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA E COMPLICAÇÕES)	
--	--

Paciente foi vítima de acidente motociclistico, tendo fraturado a perna direita, foi submetido a cirurgia e colocação de placa, o nervo fibular comum direito foi comprimido, quando o paciente chegou a não conseguir fazer a dorsiflexão do pé direito ("fe coelho"); além de paralisia na face lateral da perna. Realizada então descompressão cirúrgica do nervo, seguida de microneurorizise. Paciente recebe alta em bom estado geral, recebendo as devidas orientações quanto aos cuidados com a ferida operatória e mobilização da membro acometido.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:	LIBRE PARA A IDADE
--------	--------------------

REPOUSO:	Repouso relativo em casa por _____ dias.
	Retorno às atividades sem esforços físicos em _____ dias
	Retorno às atividades com esforços físicos leve em _____ dias e com esforços mais pesados em _____ dias.

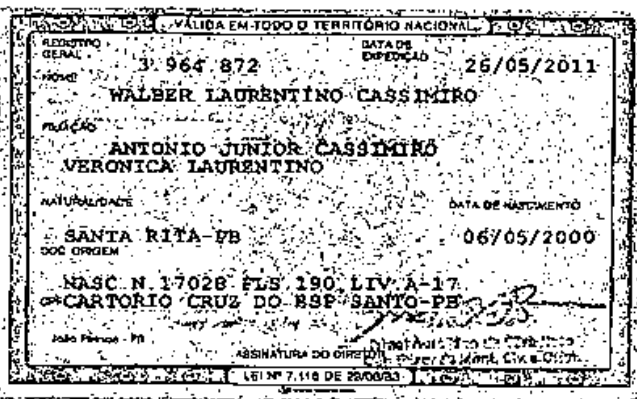
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Lava-lá com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o serviço de cirurgia do Hospital Universitário.
-----------------------------------	--

RETORNO:	- Ao ambulatório de EGRESSOS em 09/10/15 para retirada de pontos.
	- Ao ambulatório de _____

Data:	27/08/15	Ass. Médico/CRM
-------	----------	-----------------

CÓPIA

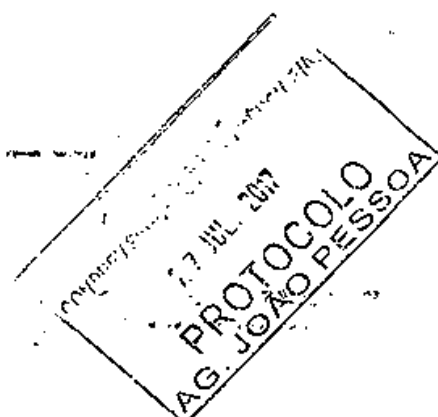


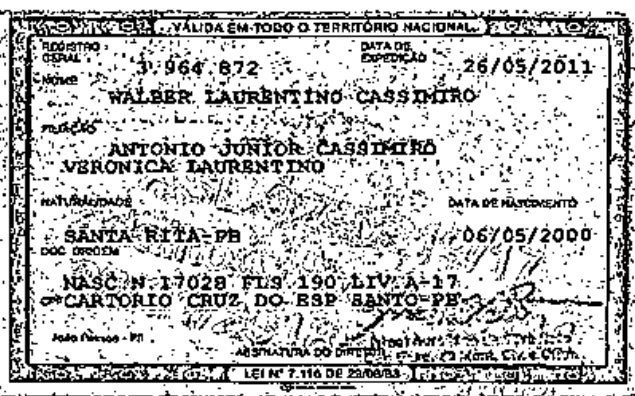


Documentos de identificação



CÓPIA





Documentos de identificação



20219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:51:09

ASL-0290219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:51:09

ASL-0290219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:51:09

ASL-0290219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:51:09

ASL-0290219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:51:09
AG. SOLO
PROT. PESSOA

CÓPIA





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Cruz do Espírito Santo

Outros



Processo n.º: 0800103-24.2016.8.15.0291

PROCEDIMENTO COMUM (7)

[ACIDENTE DE TRÂNSITO,
ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR(S):

Nome: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO
Endereço: RUA JOSÉ CARLOS DE MELO, 09, centro, CRUZ E
SANTO - PB - CEP: 58337-000

Advogados do(a) AUTOR: STEPHANIE CAMILA MACENA
DA SILVA - PB21702, JUSSARA TAVARES SANTOS SOUSA
- PB12519, SAYONARA TAVARES SANTOS SOUSA -
PB10523

RÉU(S):

Nome: SEGURADORA LIDER DOS
CONSORCIOS S/A
Endereço: R SENADOR DANTAS, 76,
5º, 6º, 9º, 14º e 15º andar, CENTRO, RIO
DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

Advogados do(a) RÉU: BRUNO
ROBERTO ARANHA FERNANDES -
PB17263, WILSON SALES BELCHIOR
- CE17314-A

SENTENÇA

Vistos, etc.

Trata-se de Ação para pagamento de seguro obrigatório DPVAT.

A parte autora não demonstrou nos autos que tivesse feito requerimento administrativo prévio e, na própria inicial, deixa patente que, de fato, não requereu o pagamento pleiteando diretamente à seguradora.

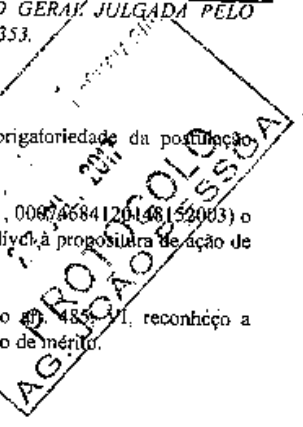
Analisando os fundamentos sobre o tema, percebe-se que, de fato, o **Supremo Tribunal Federal**, através de decisão proferida pelo **Min. Luiz Fux**, estabeleceu, expressamente, a necessidade de procedimento administrativo prévio para configuração de interesse de agir na ação que pleiteia o pagamento de seguro obrigatório DPVAT.

STF - RECURSO EXTRAORDINÁRIO. CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. DPVAT. NECESSIDADE DE PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO. INEXISTÊNCIA DE INTERESSE DE AGIR. MATÉRIA COM RÉPERCUSSÃO GERAL. JULGADA PELO PLENÁRIO DO STF NO RE 631.240. RECURSO DESPROVIDO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO 839.353.

Tal decisão foi proferida com fundamento no julgado de repercussão geral que estabeleceu a obrigatoriedade da postulação administrativa prévia em questões previdenciárias (STF RE 631.240).

Diante desse parâmetro, através de diversos julgados (00618404320148152001, 00062799720158152001, 00604684120148152003) o Tribunal de Justiça da Paraíba passou a entender que o requerimento administrativo prévio é imprescindível à proposição de ação de cobrança de seguro DPVAT.

Diante do exposto, acatando a fundamentação do Supremo Tribunal de Justiça, com fundamento no art. 485, VI, reconheço a inexistência de interesse processual, indefiro a petição inicial e decreto a extinção do feito sem julgamento de mérito.



07/06/2017 11:52



Tribunal de Justiça da Paraíba:

https://pje.tjpb.jus.br/pje/Painel/painel_usuario/documentoHTML.s...

P. R. I.

Após o trânsito em julgado archive-se.

Cruz do Espírito Santo, 7 de abril de 2017.

Eduardo R. de O. Barros Filho

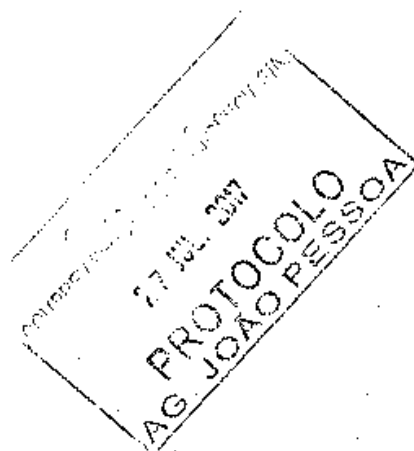
Juiz de Direito



Assinado eletronicamente por: EDUARDO ROBERTO DE OLIVEIRA BARROS FILHO
<http://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: 7326804



17040714273652900000007183648



07/06/2017 11:52





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Cruz do Espírito Santo

Processo n.º: 0800103-24.2016.8.15.0291

PROCEDIMENTO COMUM (7)

[ACIDENTE DE TRÂNSITO,
ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO

RÉU: SEGURADORA LIDER DOS
CONSORCIOS S/A

Nome: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO
Endereço: RUA JOSE CARLOS DE MELO, 09, centro, CRUZ E
SANTO - PB - CEP: 58337-000

Nome: SEGURADORA LIDER DOS
CONSORCIOS S/A
Endereço: R SENADOR DANTAS, 76,
5º, 6º, 9º, 14º e 15º andar, CENTRO, RIO
DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

Advogados do(a) AUTOR: STEPHANIE CAMILA MACENA
DA SILVA - PB21702, JUSSARA TAVARES SANTOS SOUSA
- PB12519, SAYONARA TAVARES SANTOS SOUSA -
PB10523

Advogados do(a) RÉU: BRUNO
ROBERTO ARANHA FERNANDES -
PB17263, WILSON SALES BELCHIOR
- CE17314-A

CERTIDÃO DE TRÂNSITO EM JULGADO

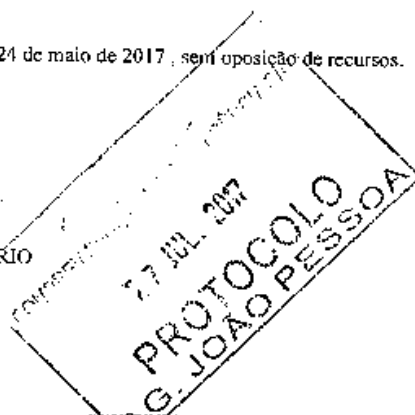
Certifico que a sentença retro dos presentes autos transitou em julgado na data de 24 de maio de 2017, sem oposição de recursos.
Cruz do Espírito Santo, 31 de maio de 2017.

ANALISTA/TÉCNICO JUDICIÁRIO

Assinado digitalmente



Assinado eletronicamente por: RENATA BRASILEIRO RAMOS GALVAO MONTEIRO
<http://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: 8067534



1705311221392100000007902903





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

0610613000

VITIMA WALTER LAURENTINO CASSIMIN

DATA DO ACIDENTE 06/04/2015 CPF DA VITIMA 132.963.199-39

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VITIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É WALTER LAURENTINO CASSIMIN

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº 09 COMPLEMENTO BAIRRO SENTINELA

CIDADE CRUZ ALBERTINA UF RS CEP

E-MAIL TELEFONE (51) 988909085

MARQUE EM CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DE LAUDO (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- ☒ INVIABILIDADE DE PRESENTAÇÃO DO LAUDO DO IML - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADO PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE ORIGINAL QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVIABILIDADE PERMANENTE, COM A DATA DA ULTIMA DEFENITIVA)
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA ORIGINAL
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTÊNTICA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE INFORMANDO AS LESÕES SÓFISTAS EM DESEMPENHO DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES ORIGINAIS E LEGÍVEIS DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUIRÚRGICAS E OUTRAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS, COMPROVANTES DO RESPEITO AO RECEBIMENTO DE MEDICAMENTOS, SIMPES E LEGÍVEL
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA ORIGINAL
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRME OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO:
 - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 11.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - RESCISÃO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS).
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1294.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 21/07/2017

IDENTIDADE 3.964.872

ASSINATURA Suelio Moreira Torres

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME Suelio Moreira Torres

ASSINATURA



Outros



ASL-0290219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:58:18

ASL-0290219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:58:18

PROCEDIMENTO COMUM (7)

[ACIDENTE DE TRÂNSITO,
ACIDENTE DE TRÂNSITO]

AUTOR(S):

Nome: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO, 90, 58.6º, 9º, 14º e 15º andar, CENTRO, RIO
Endereço: RUA JOSE CARLOS DE MELO, 09, centro, CRUZ E SANTO - PB - CEP: 58337-000

Advogados do(a) AUTOR: STEPHANIE CAMILA MACENA
DA SILVA - PB21702, JUSSARA TAVARES SANTOS SOUSA
- PB12519, SAYONARA TAVARES SANTOS SOUSA -

Nome: SEGURADORA LIDER DOS
CONSORCIOS S/A
Endereço: R SENADOR DANTAS, 76,
DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

Advogados do(a) RÉU: BRUNO
ROBERTO ARANHA FERNANDES -
PB17263, WILSON SALES BELCHIOR
- CE17314-A)

Vistos, etc.

Trata-se de Ação para pagamento de seguro obrigatório DPVAT.

A parte autora não demonstrou nos autos que tivesse feito requerimento administrativo prévio e, na própria inicial, deixa patente que, de fato, não requereu o pagamento pleiteando diretamente a seguradora.

Analisando os fundamentos sobre o tema, percebe-se que, de fato, o Supremo Tribunal Federal, através de decisão proferida pelo Min. Luiz Fux, estabeleceu, expressamente, a necessidade de procedimento administrativo prévio para configuração de interesse de agir na ação que pleiteia o pagamento de seguro obrigatório DPVAT.

STF - RECURSO EXTRAORDINÁRIO. CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. DPVAT. NECESSIDADE DE PRÉVIO REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO. INEXISTÊNCIA DE INTERESSE DE AGIR. MATÉRIA COM REPERCUSSÃO GERAL JULGADA PELO PLENÁRIO DO STF NO RE 631.240. RECURSO DESPROVIDO. RECURSO EXTRAORDINÁRIO 839.353.

Tal decisão foi proferida com fundamento no julgamento de repercussão geral que estabeleceu a obrigatoriedade da postulação administrativa prévia em questões previdenciárias (STF RE 631.240).

Diante desse parâmetro, através de diversos julgados (00618404320148152001, 00062799720158152001, 00814684120148152003) o Tribunal de Justiça da Paraíba passou a entender que o requerimento administrativo prévio é imprescindível à proposição de ação de cobrança de seguro DPVAT.

Diante do exposto, acatando a fundamentação do Supremo Tribunal de Justiça, com fundamento no art. 485, I, reconheço a inexistência de interesse processual, indefiro a petição inicial e decreto a extinção do feito sem julgamento de mérito.

CÓPIA

07/06/2017 11:52



P. R. I.

Após o trânsito em julgado archive-se.

Após o trânsito em julgado arquivar-se.

ASL-0290210/17
Cruz do Espírito Santo, 7 de abril de 2018
adailson.oliveira.0111
22/01/2018 11:56:17 Eduar

Eduardo R. de O. Barros Filho

Juiz de Direito

ASL-0290219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:58:17
Arros Filho

 Assinado eletronicamente
<http://pje.tjpb.jus.br/p>
ID do documento: 7325804

ASL-02002-12/17
 por: EDUARDO ROBERTO DE OLIVEIRA BARROS FILED
 je/2002/550/pesquisaDocumentos/11515741669
 22/01/2018 11:56:17

17040714273652900000007183648

ASL-0230219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:56:17

ASL-029021E/17
adallon.oliveira.0111
22/01/2018 11:58:17

ASL-0290219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:56:17

ASL-0290219/17
adaillon.oliveira.0111
22/01/2018 11:56:17

ASL 02302
adailton.oliveira@pec
22/01/2018 17:01:11
AG 53:17

CÓPIA





Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única de Cruz do Espírito Santo

ASL-0230219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:58:17
Processo nº 0800103-24.2016.8.15.0291

ASL-0230219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:58:17

PROCEDIMENTO COMUM (7)

[ACIDENTE DE TRÂNSITO,
ACIDENTE DE TRÂNSITO]

ASL-0230219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:58:17
RÉU: SEGURADORA LIDER DOS
CONSÓRCIOS S/A

AUTOR: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO

Nome: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO

Endereço: RUA JOSE CARLOS DE MELO, 09, centro, CRUZ E
SANTO - PB - CEP: 58337-000

Advogados do(a) AUTOR: STEPHANIE CAMILA MACENA
DA SILVA - PB21702, JUSSARA TAVARES SANTOS SOUSA -
PB12519, SAYONARA TAVARES SANTOS SOUSA -
PB10523

Nome: SEGURADORA LIDER DOS
CONSÓRCIOS S/A

Endereço: R SENADOR DANTAS, 76,
5º, 6º, 9º, 14º e 15º andar, CENTRO, RIO
DE JANEIRO - RJ - CEP: 20031-205

Advogados do(a) RÉU: BRUNO
ROBERTO ARANHA FERNANDES -
PB17263, WILSON SALES BELCHIOR
CEI7314-A

ASL-0230219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:58:17
CERTIDÃO DE TRÂNSITO EM JULGADO

Certifico que a sentença retro dos presentes autos transitou em julgado na data de 24 de maio de 2017, sem oposição de recursos.

Cruz do Espírito Santo, 31 de maio de 2017

ANALISTA TÉCNICO JUDICIÁRIO

Assinado digitalmente

ASL-0230219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:58:17
Assinado eletronicamente por: RENATA BRASILEIRO RAMOS GALVAO MONTESIRO
<http://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112515151867500000035398741>
Id do documento: 8067534

ASL-0230219/17
adailton.oliveira.0111
22/01/2018 11:58:17
PROTOCOLO
GILJOAO PESSOA
17053111221392100000007902903

CÓPIA



Sinistros

Detalhe de sinistro

Sinistro

HISTÓRICO

Data	Ação	Comentários	Visualizar
22/08/2017 15:07	Cancelar processo	Sinistro cancelado por Francisco Eduardo Broering Gomes (Investprev Seguradora S/A) devido a inconsistência de campos chave.	
22/08/2017 11:35	Distribuir	Francisco Eduardo Broering Gomes (Investprev Seguradora S/A) encaminhou a regulação do sinistro para Francisco Eduardo Broering Gomes	
22/08/2017 09:43	Autorizar	Sinistro encaminhado para o estado Regulação Distribuição por Amanda do Amaral Tavares (Seguradora Líder).	
07/08/2017 20:26	Carga realizada	A regulação administrativa pode prosseguir, tendo em vista a extinção do processo judicial sem resolução do mérito, ficando sob responsabilidade da seguradora a análise global do evento.	
04/08/2017 10:45	Emissão de protocolo	O usuário Serviço Tasker (Recall do Brasil Ltda) informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.	
		O usuário recall (Recall do Brasil Ltda) informou que recebeu os documentos da remessa.	
		Aviso Seguradora Líder de Invalidez registrado por: Usuário: MARCELA DO CARMO DE LIMA Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A Dependência: Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB (0111)	
27/07/2017 14:34	Aviso Seguradora Líder	ASL-0290219/17 Dados da vítima Vítima: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO CPF: 04910202447 CPF de Representante: Titular do CPF: VERONICA LAURENTINO Data de nascimento: 06/05/2000 Data do sinistro: 06/04/2015	  

 Exibir Documentos

 Cancelar



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028252/18
Vítima: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO
CPF: 132.863.144-39

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 06/04/2015
Titular do CPF: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

VERONICA LAURENTINO : 049.102.024-47

Documentos de identificação

WALBER LAURENTINO CASSIMIRO : 132.863.144-39

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/01/2018
Nome: WALBER LAURENTINO CASSIMIRO
CPF/CNPJ: 132.863.144-39

WALBER LAURENTINO CASSIMIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

