



Número: **0801821-72.2019.8.15.0381**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Itabaiana**

Última distribuição : **12/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JUNIOR COSMO CAVALCANTE (AUTOR)		EGILSON DE OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36834 234	19/11/2020 09:18	2765875_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: JUNIOR COSMO CAVALCANTE

Nº Sinistro: 3180340208

Vítima: JUNIOR COSMO CAVALCANTE

Data do Acidente: 26/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180340208**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações 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 13151964

Pag. 00087/00088 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JUNIOR COSMO CAVALCANTE

Sinistro: 3180340208
Vítima: JUNIOR COSMO CAVALCANTE
Data do Acidente: 26/11/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180340208** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Pag. 00883/00884 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13272454



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 076.555.334-73	Nome completo da vítima JUNIOR COSMO CAVALCANTE
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JUNIOR COSMO CAVALCANTE		CPF titular da conta 076.555.334-73	Profissão TEC. MONTAGEM
Endereço R. AMAZONAS		Número 465	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade JUNIPANGA	Estado PB	CEP 58330-000
Email CONSULT.JUS.ADVOGADOS@GMAIL.COM		Telefone (DDD) 83 98740-0023	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (101)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
BANCO Nome BRADESCO NRO 237		BANCO Nome BRADESCO NRO 237	
AGÊNCIA NRO 0350 D/V 3	AGÊNCIA NRO 0550118 D/V 0		

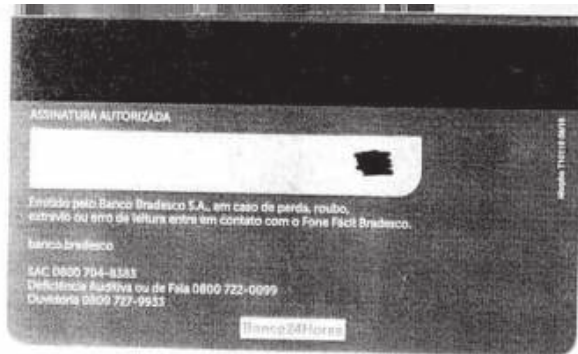
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JOÃO PESSOA, 17 de JULHO de 2018
Local e Data

Junior Cosmo Cavalcante
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





ele



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

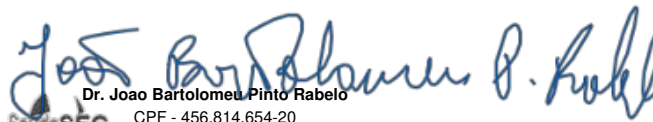
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180340208
Nome do(a) Examinado(a): Junior Cosmo Cavalcante
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Amazonas, 465
Centro Juripiranga PB CEP: 58330-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 524465897
Data local do acidente: [26/11/2017]
Data local do exame: [27/08/2018] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO ACRÓMIO DA ESCÁPULA DIREITA + TCE COM FRATURAS MÚLTIPLAS DOS OSSOS DO CRÂNIO E FACE COM EDEMA CEREBRAL DIFUSO, PNEUMOCRÂNIO E HEMORRAGIA SUBARACNOIDE PARIETAL ESQUERDA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ESCÁPULA DIREITA OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS, TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESÕES DO CRÂNIO E DA FACE. FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: NÃO HOVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.,
Data da Alta: 26/04/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NO CRÂNIO E OMBRO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO OMBRO DIREITO, HIPOTROFIA MUSCULAR E DEFICIT DE FORÇA DO REFERIDO OMBRO, REFERE QUEIXAS DE CEFALEIA E TONTURA .
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. 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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 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 | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) 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. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01030.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01030.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:28 horas do dia 30 de maio de 2018, 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 Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Junior Cosmo Cavalcante**, CPF nº 076.555.314-71, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Tec. Montagem, filho(a) de Severina Cavalcante da Silva e José Cosmo da Silva, natural de Juripiranga/PB, nascido(a) em 10/06/1984 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Amazonas, Nº 465, bairro Centro, tendo como ponto de referência Mercado de Betinho, na cidade de Juripiranga/PB, telefone(s) para contato (83) 98740-0023.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pb 0066, Fazenda Onça, Juripiranga/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/11/17 12:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, no dia 26/11/2017, por volta das 12:10 horas da noite, o notificante transitava pela PB 0066, próximo fazenda Onça, na cidade de Juripiranga PB; QUE segundo o notificante nesta ocasião vinha pilotando o veículo tipo motocicleta, marca e modelo: YAMAHA/FACTOR YBR 125 K, ano e modelo: 2012 de cor vermelha, placa: PGF 6415/PE, CHASSI Nº 9C6KE1520C0108789, registrado em nome de Paulo Pereira da Silva, CPF nº 964.416.744-91, QUE segundo o notificante seguia normalmente e ao fazer uma curva perdeu o controle devido o veículo ter derrapado, vindo o mesmo a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATA DE EMISSÃO 05.04.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S02,7+S06.1+S06.6+S06.9+S09,9+S42,1

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

João Pessoa/PB, 30 de maio de 2018.



JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação



JUNIOR COSMO CAVALCANTE
Noticiante



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JUNIOR COSMO CAVALCANTE

CPF da Vítima

096.555.334-71

Data do Acidente

26/11/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

JOÃO PERA 17 de JULHO de 2018

Local e Data

junior cosmo cavalcante

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





PREFEITURA MUNICIPAL DE JURUPIRANGA
SECRETARIA DE SAÚDE
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192



SAMU
192

FICHA DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR - VTR - USB: 55

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência nº	Paciente/usuário	Idade	Sexo () Masc. () Fem.
24/07/2013	1906909	Ymiria Comendante	30	
Local da ocorrência	Bairro	Médico regulador		
PT 0066	Farmácia	Dr. Cristiane		
Apoio no local: () PM () Resgate/Bombeiros () Resgate/PRF () CPTRAN () SITRANS () Outro:				
() Socorrido por terceiros () Recusou atendimento () Socorrido pelos Bombeiros () Local não encontrado () outro:				

TIPO DE AGRAVO

() Acidente de Trânsito	() Pediátrico
() Agressão Física	() Psiquiátrico
() Desabamento / soterramento	() Caso clínico
() Eletrocussão	() Quase afogamento/afogamento
() F.A. B	() Queda metros
() F.A.F (P.A.F)	() Queimaduras
() Gineco - obstétrico	() Outros:
() Lesões térmicas	

ANTECEDENTES

() AIDS	() Doença mental
() Alcoolismo	() Doença renal
() AVE	() Drogas
() Cirurgias Realizadas	() Hipertensão arterial
() Convulsão	() Internamentos Anteriores
() Diabetes	() Medicamentos
() Doença Cardíaca	() Problemas respiratórios
() Doença Infecto - contagiosa	() Outros

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - ORIGEM

Serviço Médico: Responsável:

MOTIVO DO TRANSPORTE

() Apoio Diagnóstico () Serviço de maior complexidade () transferência simples () outro:

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

Local: Responsável: Função:

Exame clínico (principais sintomas/ queixas)

Port. Distúrbio de consciência, náusea, vômito, dor abdominal, febre.

() agitação () alergia () Ausência de pulso (central) () Cianose () Convulsão () Diarreia () Dificuldade respiratória () dor local () febre () Inconsciente/ desmaio () Palidez () Sangramento () Vômito () outros:

1. DADOS VITAIS:

PA. Sistólica 120 PA diastólica 80 Pulso: 90 FC: 175 FR: 18 TEMP: 36.5 °C Glicemia: 98 SPO₂ 93 Glasgow 04

2. VIA AÉREA

() Livre () obstruída parcialmente () Obstruída totalmente () Corpo Estranho () Bronco aspiração () Edema de glote () Obs.:

VENTILAÇÃO

() Espontânea () Parada respiratória () Assistida () Ritmo irregular

EXPANSIBILIDADE

() Normal () Superficial () Regular () Irregular

ACHADOS

() Crepitação () Enfisema subcutâneo () Expectorção () Hemoptise () Hálito fétido () Outro:

3 - CIRCULAÇÃO

() Cianose () Fria () Úmida () Normal () Palidez () Quente () Seca () Outros:

EDEMA

() Ausente () Palpebral () Membros inferiores () Anusarc

PERFUSÃO

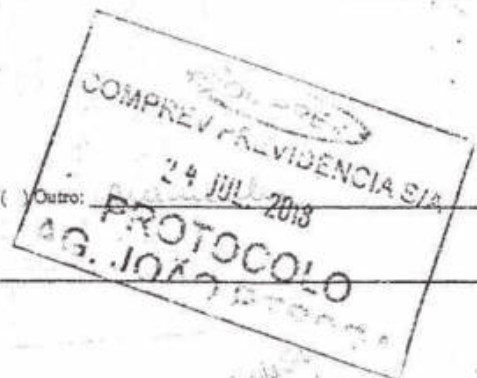
() Normal () Retardada (> 2 seg) () Ausente

PULSO

() Regular () Irregular () Fino () Cheio () Ausente

ECG

() Normal () Alterado () Não realizado



Dra. Jurelma Mendes da
Enfermeira
COREN-PA 486519

* Laet anamnese TCE
* Solicitação USA



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUNIOR COSMO CAVALCANTE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00150-3

CONTA: 000000550118-0

Nr. Autenticação

BRADESCO2908201805000000000023700150000000550118253125 PAGO



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu MARIA CINTHIA GILLO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.630.444 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário UNION COSMO CAVALCANTE inscrito (a) no CPF sob o Nº 076.555.314 / 73, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima UNION COSMO CAVALCANTE, inscrito (a) no CPF sob o Nº 076.555.314 / 73, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

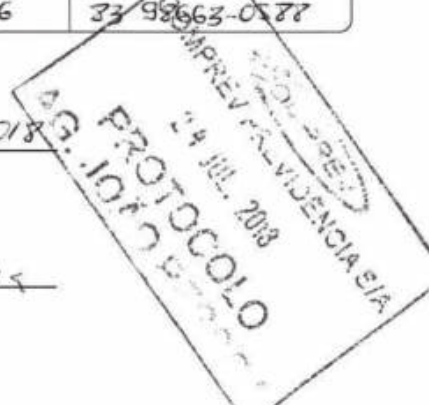
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>AV. CAPITÃO JOSÉ PESSOA</u>		Número <u>602</u>	Complemento
Bairro <u>LAGANIBE</u>	Cidade <u>JOÃO PESSOA</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58045-345</u>
Email <u>CONSULTA.S.ADVOGADOS@GMAIL.COM</u>	Telefone comercial(DDD) <u>83 4341-2336</u>	Telefone celular (DDD) <u>33 99663-0588</u>	

JOÃO PESSOA, 17 de JULHO de 2018
Local e Data

Maria Cintia Gillo da Silva
Assinatura do Declarante



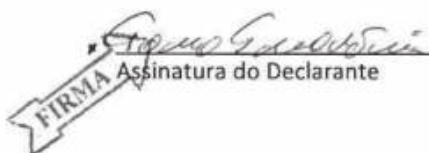
DLDR.L001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Paulo Ferreira da Silva,
RG nº 5.493.356 SSPS/PB, data de expedição 25/04/2012,
Órgão SSPS/PB, portador do CPF nº 96441674491, com
domicílio na cidade de JURUPIRANGA, no Estado de
Pernambuco, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Azeite Velho - Azeite Velho, nº _____,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Junior Gomes Cavalcanti cujo o condutor era
Junior Gomes Cavalcanti.

Veículo: Yamaha - Moto
Modelo: Yamaha - Factor YBR
Ano: 2012
Placa: PGF 6415
Chassi: 9C6KE1520C0E0108789
Data do Acidente: 26.11.17
Local e Data: João Pessoa 17 de Julho de 2018


Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
PAULO PEREIRA DA SILVA
Dou fé. Jurupiranga/PB - 04/06/2018
Notário: LEDA DANTAS DE OLIVEIRA COUTINHO
Selo Digital: AGY85619-XSH6
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$ 9,48 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,90



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL
52.446.589-7
DATA DE EXPEDIÇÃO
13/FEV/2008

NOME
JUNIOR COSMO CAVALCANTE

FILIAÇÃO
JOSE COSMO DA SILVA
E SEVERINA CAVALCANTE DA SILVA

NATURALIDADE
JURUPIRANGA -PB
DATA DE NASCIMENTO
10/JUN/1984

DOC. ORIGEM
ITABAIANA-PB
JURUPIRANGA
CN: V. 6008/FLS. 086V/N. 006902

CPF
130 Delegado Distrital

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT
751-8

ROSEMARY DANTAS

JUNIOR COSMO CAVALCANTE

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REALISADOR

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Emissão
JUN/2008

CORREIOS
www.correios.com.br

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de inscrição
076.555.314-71

Nome
JUNIOR COSMO CAVALCANTE

Nascimento
10/06/1984



COMPRÉVIA - LICENCIAMENTO
24 JUL 2018
49.107000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 013727807058	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	DDO RENAVAM	R.N.T.C.	EXERCÍCIO
1	529924031	*****	2017
NOME			
PAULO PEREIRA DA SILVA			
NAZARE DA MATA-PE 0			
CPF / CNPJ		PLACA	
964.416.744-91		PGE6415	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
***** / PE		9C6KE1520C0106789	
ESPÉCIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
FAS / MOTOCICLETA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
YAMAHA / FACTOR YBR125 X		2012	2012
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P / 124CL	PARTIC	VERMELHA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS	
IPVA 2017 QUITADO	1*	*****	
FAIXA LPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2*	
1	*****	*****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO FATO			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
LOCAL		DATA	
NAZARE DA MATA		01/03/18	
Charles Andrews Sousa Ribeiro Diretor Presidente DETRAN/PE			

SEGURO OB
AUTOMOTO

PE Nº

PAULO

ES
PA

NAZARE

VIA
1 3

RENA

5299240

ANO FAB.

2012

PNS

CUSTO DO B

SEGURO

COTA UN

038

218



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180340208 **Cidade:** Juripiranga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUNIOR COSMO CAVALCANTE **Data do acidente:** 26/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ACRÔMIO DA ESCÁPULA DIREITA + TCE COM FRATURAS MÚLTIPLAS DOS OSSOS DO CRÂNIO E FACE COM EDEMA CEREBRAL DIFUSO, PNEUMOCRÂNIO E HEMORRAGIA SUBARACNOIDE PARIETAL ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NO CRÂNIO E OMBRO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO OMBRO DIREITO, HIPOTROFIA MUSCULAR E DEFICIT DE FORÇA DO REFERIDO OMBRO, REFERE QUEIXAS DE CEFALIA E TONTURA.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DA ESCÁPULA, PORÉM RESULTOU EM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO, HOUE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS DO CRÂNIO E RESOLUÇÃO DO TCE, PORÉM O PERICIANDO REFERE TONTURA, CEFALIA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO OMBRO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 27/08/2018

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 ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



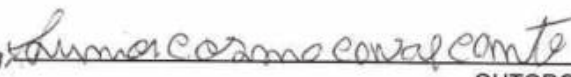
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Junior Cosmo Cavalcante, portador da carteira de identidade nº 524465897 inscrito no CPF sob o nº 046.555.314-71, profissão Técnico de montagem, estado civil Solteiro, residente e domiciliado na Rua Amazonas, nº 485, Centro, Cidade Juripiranga, Estado PB, Telefone 83 98940-0023.

OUTORGADO(S): **RAFAELA MARIA E SILVA FERREIRA**, inscrita na OAB/PB sob o nº 20.228; **MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA**, inscrita na OAB/PB nº 17.295;

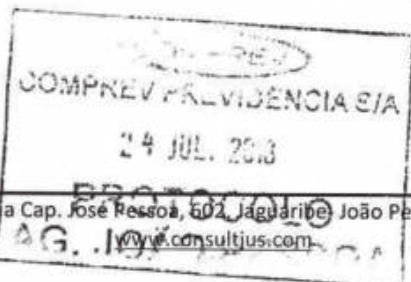
PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário JUNIOR COSMO CAVALCANTE, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido(a) procurador(a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa, 05 de JUNHO de 2018.


OUTORGANTE

OBS: Reconhecimento à firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JUNIOR COSMO CAVALCANTE
Dou fé. Juripiranga/PB - 05/06/2018
Notário: LEDA DANTAS DE OLIVEIRA COUTINHO
Selo Digital: AGY85634-D3CQ
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol R\$ 9,48 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,90



Rua Cap. José Pessoa, 602, Jaguaribe, João Pessoa/PB - Telefone: (83) 4141-2316 (83) 98663-0588
AG. www.consultjus.com consult.jus.advogados@gmail.com

