



Número: **0802352-43.2020.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Princesa Isabel**

Última distribuição : **29/10/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
FRANCILBERTO VITORINO (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47084 560	13/08/2021 14:56	<u>Petição</u>	Petição
47084 562	13/08/2021 14:56	<u>2770446_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
47084 564	13/08/2021 14:56	<u>2770446_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:56:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314561301900000044718103>
Número do documento: 21081314561301900000044718103

Num. 47084560 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190681573 Vítima: FRANCILBERTO VITORINO

Data do Acidente: 25/08/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCILBERTO VITORINO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15205908



Pac 00091/000182 - carta 01 - INVA IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:56:15
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108131456143420000044718105>
Número do documento: 2108131456143420000044718105

Núm. 47084562 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190681573 Vítima: FRANCILBERTO VITORINO

Data do Acidente: 25/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCILBERTO VITORINO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: FRANCILBERTO VITORINO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000000867-2

Conta: 0000024273-X

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: **044 310 954-03** 3 - CPF da vítima: **044 310 954-03** 4 - Nome completo da vítima: **FRANCILBERTO VITORINO**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: **FRANCILBERTO VITORINO** 6 - CPF: **044 310 954-03**
 7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **RUA - HERMES MATIA** 9 - Número: **SN** 10 - Complemento: **CASA**
 11 - Bairro: **MATIA** 12 - Cidade: **P. ISABEL** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **59.755.000**
 15 - E-mail: **██████████** 16 - Tel. (DDU): **(83) 999-32-44-13**

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Soriente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: **BANCO BRASIL**

AGÊNCIA: **0867** CONTA: **24-273**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (varônico)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem provavelmente, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

P. ISABEL - PB, 26-11-2019

X Francilberto Vitorino

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

101 V002/2019



27/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 11:53:06
COMPRAVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

DREDITADO:

CLÍENTE: FRANCILBERTO VITÓRIO

AGÊNCIA: 067-2 CONTA : 24.273-X

DATA :	NR. DOCUMENTO	VALOR DINHEIRO	VALOR TOTAL	QUANTIDADE DE DÉDULAS PROCESSADAS
	27/11/2019	086773989115306	0000	1

NR. AUTENTICAÇÃO A.508.518.016.C59.C7A

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190681573
Nome do(a) Examinado(a): Francilberto Vitorino
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Hermes Maia, S/N
Maia Princesa Isabel PB CEP: 58755-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 548072061
Data local do acidente: [25/08/2019]
Data local do exame: [20/12/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DE FEMUR PROXIMAL ESQUERDO

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: FIXAÇÃO POR PLACA E PARAFUSOS

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.

Data da Alta: 20/11/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFÍCIT DE MOBILIDADE DO QUADRIL ESQUERDO E LIMITAÇÃO DE FLEXÃO E
ROTAÇÃO**

- 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 susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO QUADRIL ESQUERDO.

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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

QUADRIL - Lado Esquerdo

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Henrique A. Silva
CRM: 15.172
Ortopedia-Traumatologia
Hospital São Francisco



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:56:15
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108131456143420000044718105
Número do documento: 2108131456143420000044718105

Num. 47084562 - Pág. 5



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
16ª AISP DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial:
OCORRÊNCIA POLICIAL N° 603/2019, LIVRO n° 003/2019.

DATA: 27/11/2019

HORA: 16h30min

CIDADE: Princesa Isabel/PB

DELEGADO: GUTEMBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL

Noticiante: FRANCILBERTO VITORINO

Estado civil: solteiro **RG:** 54.807.206-1 SDS/SP

CPF: 044310954-03

Sexo: masculino **Nascimento:** 19.02.1982 **Idade:** 37

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Princesa Isabel/PB

Profissão: PESCADOR

Filiação: Geraldo Vitorino e de MARIA Marcionila Vitorino

Endereço: Rua Hermes Maia, 101, Bairro Maia, Princesa Isabel/PB

NARRATIVA

QUE na data de 25.08.2019, por volta das 03:30 horas, seguia conduzindo uma moto, quando nas proximidades do centro de Princesa Isabel/PB, que na curva que da acesso a rua São Roque, freou o pneu dianteiro, vindo a perder o controle da moto chagando a cair ao solo; Que fui socorrida pelo SAMU de Princesa Isabel, dando entrada No hospital Regional de Princesa Isabel/PB, onde após exame de RAIO X, constatou fratura no fêmur esquerdo, e escoriações pela face; Que devido a gravidade foi transferido para o Hospital regional de Patos :Que conduzia uma Moto Honda/BIZ 125 ES, de cor VERDE, Placa NPR 6151/PB, Modelo e Fabricação 2011/2011, Chassi N° 9C2JC4810BR002155, Registrada em nome de Francineide Vitorino .

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante:

Francilberto Vitorino

[Signature] 155-680-1



Rua Cel. José Pereira Lima, SN, Alto do Cascavel, Princesa Isabel - PB.
Fone/fax: (0XX83) 3457 2381.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: **044 310 954-03** 3 - CPF da vítima: **044 310 954-03** 4 - Nome completo da vítima: **FRANCILBERTO VITORINO**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: **FRANCILBERTO VITORINO** 6 - CPF: **044 310 954-03**
 7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **RUA - HERMES MATIA** 9 - Número: **51** 10 - Complemento: **CASA**
 11 - Bairro: **MATIA** 12 - Cidade: **P. ISABEL** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **59.755.000**
 15 - E-mail: **██████████** 16 - Tel. (DDU): **(83) 999-32-44-13**

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Soriente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: **BANCO BRASIL**

AGÊNCIA: **0867** CONTA: **24-273**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não
 teve filhos? Não Vivos: Falecidos: nascituro (varônecos)? Vivos: Falecidos: pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem provavelmente, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

P. ISABEL - PB, 26-11-2019

X Francilberto Vitorino

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

101 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha



27/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 11:53:06
COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

DREDITADO:

CLÍENTE: FRANCILBERTO VITÓRIO

AGÊNCIA: 067-2 CONTA : 24.273-X

DATA :	NR. DOCUMENTO	VALOR DINHEIRO	VALOR TOTAL	QUANTIDADE DE DÉDULAS PROCESSADAS
	27/11/2019	086773989115306	0000	1

NR. AUTENTICAÇÃO A.508.518.016.C59.C7A

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: **044 310 954-03** 3 - CPF da vítima: **044 310 954-03** 4 - Nome completo da vítima: **FRANCILBERTO VITORINO**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: **FRANCILBERTO VITORINO** 6 - CPF: **044 310 954-03**
 7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **RUA - HERMES MATIA** 9 - Número: **51** 10 - Complemento: **CASA**
 11 - Bairro: **MATIA** 12 - Cidade: **P. ISABEL** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **59.755.000**
 15 - E-mail: **██████████** 16 - Tel. (DDU): **(83) 999-32-44-13**

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Sorriente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: **BANCO BRASIL**

AGÊNCIA: **0867** CONTA: **24-273**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (varônico)?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Informar dígito da
placa do
veículo
utilizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

P. ISABEL - PB, 26-11-2019

X Francilberto Vitorino

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

101 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha



27/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 11:53:06
COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

DREDITADO:

CLÍENTE: FRANCILBERTO VITÓRIO

AGÊNCIA: 067-2 CONTA : 24.273-X

DATA :	
NR. DOCUMENTO	27/11/2019
VALOR DINHEIRO	086.773.989,15,306
VALOR TOTAL	086.773.989,15,306
QUANTIDADE DE DÉDULAS PROCESSADAS	1

NR. AUTENTICAÇÃO A.508.518.016.C59.C7A

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.





PREFEITURA DE
PRINCESA ISABEL

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JOSÉ PEREIRA LIMA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, a ficha original do (a) paciente,
FRANCILBERTO VITORINO portador (a) do RG 548072061 SSP-SP, encontra-se em
nossos arquivos neste Hospital Regional de Princesa Isabel.

Ficha de atendimento Ambulatorial referente ao mês AGOSTO/2019.

Princesa Isabel-PB, 20 de setembro de 2019.

EMILIA ÉRICA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
Emilia Erica Alves Frasão - Tabelária Interina
Av. Getúlio Vargas, nº 30 - Centro - Princesa Isabel-PB - 58755-000
Fone: (83) 3457-2419 - Celular: (83) 98886-6800

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade,

Princesa Isabel-PB 07/10/2019 14:32:57

Emilia Erica Alves Frasão - Tabelária Interina

[2019-004298] ENOL:R\$ 2,40 FANPEN:R\$ 0,29 REPJ:R\$ 0,70

SELO DIGITAL: AJ0086680-ZKD7

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

SANDRO FERREIRA DA LUZ
Diretor Geral
Mat.019.035

Cartório 2º Ofício
de Notas e Registro
Emilia Erica Alves Frasão
Tabelária Interina

Ernesto Manguera de Souza
Diretor Administrativo
Mat. 1020

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCILBERTO VITORINO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00867-2

CONTA: 000000024273-X

Nr. da Autenticação 0A1E9B4109899B99



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:56:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108131456143420000044718105>
Número do documento: 2108131456143420000044718105

Num. 47084562 - Pág. 13



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Franckilberto S. Vitorino,
RG nº 54.807.206-1, data de expedição 18/10/2010
Órgão SSP/SP, CPF nº 044310954103

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>Hermes Maia</u>
Número	<u>103</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>Maia</u>
Cidade	<u>Princesa Isabel</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58755-000</u>
Tel. de contato	<u>(83) 9 99187328</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: P. ISABEL - 26.11.2019

X Franckilberto S. Vitorino
Assinatura do Declarante



BOLETO PARA PAGAMENTO

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B- 230, Km 25 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58017-140
CNPJ 06.695.183/0001-40 - Insc Est. 16.015.827-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA MARCIONILA VITORINO
RUA HERMÉS MAIA 101
PRINCESA BEATRIZ

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/265902-7

REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
NOV/2019	12/11/2019	114	06/12/2019	R\$ 113,27

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 13/11/2019				
Pagador: MARIA MARCIONILA VITORINO CNPJ/CPF: 394.845.484-15				
RUA HERMES MAIA 101 - MAIA - PRINCESA ISABEL / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120008501093	000265902201911	06/12/2019	R\$ 113,27	09.095.183/0001-40
BENEFICIARIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:56:15
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108131456143420000044718105>
Número do documento: 2108131456143420000044718105

Núm. 47084562 - Pág. 15

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RÔMULO DE SOUSA FERRAZ,

RG nº 15.6825 8, data de expedição 18/06/1990, Órgão SSP - PB.

CPF nº 839-806-284-34, 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)	RUA: RAFAEL ROSAS
Número	SN
Apto / Complemento	CASA
Bairro	CENTRO
Cidade	PRINCESA ISABEL
Estado	PARAIBA
CEP	58.755-000
Telefone de Contato	(83) 999 324413
E-mail	-

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: P. ISABEL - PB, 26-11-2019

Assinatura do Declarante: Rômulo de Souza Ferraz

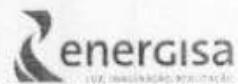


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento não é valor fiscal.

Documento não é exequível de corte.

Pode-se pagar sempre, pagando-se da forma que preferir na Agência Energisa. N° 025.946.008



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-688
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc Est. 16.815.823-0

DADOS DO CLIENTE

ROMULO DE SOUSA FERRAZ
RUA RAFAEL ROSAS S/N
PRINCESA ISABEL

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/29847-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUN/2019	05/06/2019	74	06/07/2019	R\$ 40,25

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 09/07/2019

Pagador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ CNPJ/CPF: 839.806.284-34

RUA RAFAEL ROSAS S/N - MAIA - PRINCESA ISABEL / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120002330616	000029847201906	06/07/2019	R\$ 40,25	

09.095.183/0001-40

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:56:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108131456143420000044718105>
Número do documento: 2108131456143420000044718105

Num. 47084562 - Pág. 17



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECAWEB/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 COAF².

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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Romulo de Souza Ferreira
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 839.806.284-34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Francilberto Vitorino Inscrito (a) no CPF sob o nº 044.310.854-03
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Francilberto Vitorino,
Inscrito (a) no CPF sob o nº 044.310.954-03, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Recusou-se Renda: Recausar e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-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>Rua: RAFAEL ROSAS</u>	Número:	<u>SN</u>	Complemento:	<u>CASA</u>
Bairro:	<u>MATA</u>	Cidade:	<u>P. ISABEL</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>_____</u>	_____	<u>11</u>	CEP:	<u>58.755-000</u>

Local e Data: P. Isabel-PB, 26-11-2019

Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Françineide Vitorino,
RG nº 195788-2, data de expedição 21/02/2014
Órgão SSPAZ, portador do CPF nº 037.541.284-00
com domicílio na cidade de Princesa Isabel, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
General Damiao Barbosa de Almeida, nº 83,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Françineide Vitorino, cujo o condutor era
Françineide Vitorino.
Veículo: Motoneta Modelo: HONDA/BIZ 150KS Ano: 2011
Placa: NRR6151/PB Chassi: 9E2JCA810BR002155
Data do Acidente: 25/08/2019

Local e Data:

Princesa Isabel 31/10/2019

Assinatura do Declarante

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



2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE MOveis
Emilia Erica Alves Frazão - Tabelaria Interina

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

FRANCINEIDE VITORINO

Em test da verdade. Princesa Isabel-PB 31/10/2019 13:24hs

Isabel Kaline Frazão da Silva - Escrivente

[2019-008539]EMOL:R\$ 9,91 FARFEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98

SELO DIGITAL: AJ155566-HTL

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

Isabel Kaline Frazão da Silva
Escrivente

Certório 2º Ofício
de Notas e Registro
Emilia Erica Alves Frazão
Tabelaria Interina



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNACÃO	61391	HORA	17:24	PRONTUÁRIO	32899
DATA	26/08/2019	OPERADOR	OALVES		
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA				
CLASSIF. RISCO	PRINCESA-ISABEL HOSPITAL REGIONAL DE PRI				
ORIGEM	DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO				
MÉDICO	DOR NA PERNAS				
MOTIVO					
PACIENTE	FRANCILBERTO VITORINO	IDADE	37a 6m	GENERO	MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARIA MARCIONILA VITORINO				
FILIAÇÃO II	GERALDO VITORINO				
CIDADE	PRINCESA ISABEL	PB	58755000		
ENDEREÇO	RUA HERMÈS MAIA 101				
BAIRRO	MAIA				
NATURALIDADE	PRINCESA ISABEL	CELULAR	8399727974		
ELEFONE					
C.N.S.	786786509878819	IDENTIDADE	54667289		
C.P.F.	044.310.954-83	REG. NAC.			
NASCIMENTO	19/02/1982	COR	PARDO		
EST.CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	AGRICULTOR		

RESPONSÁVEL FRANCILBERTO VITORINO

Ass. Resp./Paciente

ANAMNÉSE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários):
*pt. intus de cintura de moto (sic) c/ dor**Traus au guidon (sic)*EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).
*Exames:**Exames:*EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais) *Raios X**Exames complementares*

CID

DADOS DA SAÍDA

Data 26/08/19Hora 14 H 30 Min

MOTIVO

- Alta Curado Alta Melhorado Alta a Pedido
 Transferência Evasão Óbito

MÉDICO/CRM



Nome do Paciente: <i>José Walmir Vitorino</i>		Nº Prontuário:
Data da Cirurgia: <i>20/08/21</i>	Enf.:	Leito:
Cirurgião: <i>José Walmir V.</i>	1º Auxiliar: <i>Jo F Spp</i>	
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:
Anestesia: <i>Sed Sil</i>	Tipo de Anestesia: <i>Rogni</i>	
Diagnóstico Pré- Operatório: <i>fratura Colo fém</i>		
Tipo de Cirurgia: <i>fco cunhado</i>		
Diagnóstico Pós- Operatório: <i>Órtese</i>		
Relatório Imediato do Patologista:		
Exame Radiológico no ato:		
Acidente Durante a Cirurgia:		

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

- ① fez em OOF sob suspen
- ② fez osteoposi e autologos
- ③ fez náculos + fixou o fco + para fixar
- ④ fez Sutura
- ⑤ curou

RELATÓRIO DE CIRURGIA





ortopedia e traumatologia

Materias Medicas Hospitalar EIREL

5535

- Causa Projeto
- Causa Fixa

PEDIDO DE VENDAS

139

Nº

卷之三

1 Page ante

卷之三

146

470

Properties

QUANTITATIVO - DESCRIÇÃO DO MATERIAIS

303

✓ 100%

V. VONAI

Page 6

0702030813

CONDICIONES DE PAGO

YOKA

Rua José Isidro da Silva, 24 - Bairro Limpíe - Caxias do Sul - RS - CEP 95430-100

FONE: (811) 3129-2456

E-mail: zhangy@zjhu.edu.cn

CNPJ 14.784.339/0001-30 - Inscrição Estadual 0574749-07

UNP3 14.784 3.19 0001-30 - 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:56:15

<http://pie.tipp.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314561434200000044718105>

Número do documento: 21081314561434200000044718105

Num. 47084562 - Pág. 23

FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: na?

Enfermaria:

Leito: _____ N° Prioritário: _____

Data: _____

Name: Françolinha Surname: na?

Sexo: M Menino / Menina Idade: 32 Peso: kg Altura: m Cor: P

Data Nascimento: 2000 Pressão Arterial: 134/71 R.P.: 25 Respiração: —

Temperatura: 36 Tipo Sanguíneo: — Hemática: — Hemooglobina: —

Uromalúrito: — Glucemia: — Ureia: — Outros: —

Ecografia: na? V.P.M.: —

Aparelho Respiratório: na? Arma: — Bronquite: —

Aparelho Circulatório: na? Eletrocardiograma: —

Aparelho Digestivo: na? Dentes: — Refluxo: — Ap. Urinário: —

Estado Mental: ca? Ataraxicos: — Corticoides: — Alergia: — Hipotensores: —

Diagnóstico Pré Operatório: na? na? Estado Físico: 1 Risco: —

Anestesia Anteriores:

Medicação Pré-Anestésica: Aplicada às: Efeito:

Coprolaxico (2)

Dipirona (2)

Oxido Butano (2)

Paracetamol (2)

INDUÇÃO:

Sedar: — Anest: — Analg: —

Laringo Copacano: — Laringe: —

Nausas: — Vômitos: —

Outros: —

MANUTENÇÃO:

Anestesia Sust. Sim: — Não: —

Não, porque: —

DESPERTAR:

Reflexos na SO: —

Obstr.: — CO₂: — Excr.: —

Nausas: — Vômitos: —

Outros: —

Com canula: —

para o leito sim: — não: —

Posic: 22

Agentes: Nasone possum 157, max 152

Técnica: Regional

Cirurgião: Walter

Operação: na? na? na?

Anestesiistas: —

AD
08/08/2021 14:56:15

RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO	61391	PRONTUÁRIO	32899
DATA	26/08/2019	HORA	17:24
MÉDICO	DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO	OPERADOR	OALVES
PACIENTE	FRANCILBERTO VITORINO	IDADE	37a. 6m

RESUMO CLÍNICO:

AGNÓSTICO:

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

INTENÇÕES APÓS A ALTA:

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA Curado Melhorado Inalterado Óbito

DESTINO Residência Atendimento domiciliar

Transferência para _____

PATOS/PB, _____ DE _____ DE 20____.

MÉDICO/CRM



Hospital Regional de Patos - RX

000000437816

90 %

El_9.53



Tibia/Fibula E. Lateral

000000026558

26/Ago/2019 16:00:06

FRANCILBERTO VITORINO,, *19/Fev/1982



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:56:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314561434200000044718105>
Número do documento: 21081314561434200000044718105

Num. 47084562 - Pág. 26

Hospital Regional de Patos - RX

000000437816

65 %

El_s:1043 000000437816

65 %

El_s:899



Tibia/Fibula E, AP

26/Ago/2019 16:01:00 Tibia/Fibula E, AP

26/Ago/2019 16:01:16

000000026558

FRANCILBERTO VITORINO, . *19/Fev/1982



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:56:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108131456143420000044718105>
Número do documento: 2108131456143420000044718105

Num. 47084562 - Pág. 27



Nome: FRANCILBERTO VITORINO Data Nasc.: 19/02/1982

Hospital Regional Deputado Janduhy Carneiro

Id. Pac.: 000000026558

30/08/2019 18:15:27

85,4 %



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:56:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108131456143420000044718105>
Número do documento: 2108131456143420000044718105

Num. 47084562 - Pág. 28

REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Francisco Viana

Da Clínica: Clínica Círculo
A Clínica: Santa Terezinha

Enfermagem: 16
Leito: 06

Motivo da consulta: Esclarecer os dados sobre os quais desejam saber e enumerar os principais sintomas do enfermo.
Nível: Emergencial.

Data: 26/08/2019

PARECER: Paciente São Francisco Cardiologista Nego

Comentários: ou clínica multicomunitária -

PA = 120 x 80 mmHg

ECG = Rítmo Sinusal FC = 90 bpm
(Ex: Transtorno ventricular e bradiorritmia)

Risco Cirúrgico = Baixo risco

27/08/19

06834782
2021-08-17 10:08:19





Responsável Técnica:
Dra. Rafaella Corvalho Balista - CRM 6692
R. Peregrino Filho, nº 23, Picos - PB
Fone: (83) 2143-1062 - labguimaraes@hotmail.com
www.labnet.com.br/guimaraes

Paciente: FRANCILBERTO VITORINO
Médico: Dr. SESIOM WANDERLEY
Protocolo:
Colaço: Hospital Regional de Picos

Sexo: M
Idade: 37 anos
Convênio: HRP
Data: 27/08/2019
Emissão: 27/08/2019

COAGULOGRAMA

Material: Plasma citratado

Valores de Referência

TEMPO DE PROTOMBINA (TAP)	12,5 segundos	12 a 15 segundos
ATIVIDADE DE PROTROMBINA	100%	70 a 100 %
Relação internacional normatizada - RNI	1,00	1,00 a 1,30
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	27 segundos	24 a 39 segundos
Obs:		

Dra. Rafaella
Corvalho Balista
Biotecnóloga

Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa.



PACIENTE: FRANCISCO VICTORINO
Nº REQUISITO: 17649EMISSÃO: 27/08/2019
SEXO: M IDADE: 37HEMOGRAMA COMPLETO

MEDIDA	VALOR	FAIXA	UNIDADE	VALOR NO REFERENCIAL
Hemoglobina	13,5	12,0 a 16,0	g/dl	

ERITROGRAMA

ITEM	VALOR	FAIXA	UNIDADE	VALOR NO REFERENCIAL
ERITROCITOS	4.36	4.00 a 5.2	10 ¹² /mm ³	FERMOS: 4 a 5,2 bilhões/mm ³ MASCULINO: 4,5 a 5,9 bilhões/mm ³
HEMOGLOBINA	13,5	12,0 a 16,0	g/dl	
HEMATÓCRITOS	43,7	38,0 a 56,0	%	
ERITROBLASTOS	100,2	0 a 100	fl	
ESFEROCITOS	31,0	0 a 30	fl	NORMAL
ICM	30,9	0 a 32	fl	NORMAL
WBC	13,6	7 a 19	fl	NORMAL

LEUCOGRAMA

ITEM	VALOR	FAIXA	UNIDADE	VALOR NO REFERENCIAL
LEUCOCITOS	4.300	>0	/mm ³	NORMAL: 4.000 a 10.000
NEUTROFILOCÍTOS	000	0000	/mm ³	0 a 10 NEUTRAS: 0 a 10
NEUTROBLASTOS	000	0000	/mm ³	0 a 10 NEUTRAS: 0 a 10
NEUTROMIELÍTICOS	000	0000	/mm ³	0 a 10 NEUTRAS: 0 a 10
ESTIMULADORES	03	0129	/mm ³	NORMAL: 0 a 5 NORMAL: 0 a 5000
SEGMENTADOS	66	2838	/mm ³	0 a 1000 NORMAL: 1800 a 35000
ESPECIALIZADORES	03	0129	/mm ³	0 a 1000 NORMAL: 35 a 600
BASOFÍLICOS	000	0000	/mm ³	0 a 1000 NORMAL: 0 a 100
EINFÓCITOS	19	0917	/mm ³	NORMAL: 0 a 10000 EINFÓCITOS: 0 a 10000
MONOCITOS	09	0387	/mm ³	0 a 10000 MONOCITOS: 10 a 10000

CONTAGEM DE PLAQUETASCONTEÚDO DE PLAQUETAS: 188.000 MIL/mm³ NORMAL: 150.000 a 450.000OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA:.....
 SÉRIE BRANCA:.....
 SÉRIE PLATELETARIA:.....

OUTRAS OBSERVAÇÕES

STI GENE S. MOREIRA TORRES
Assinado eletronicamente em 13/08/2021 14:56:15
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108131456143420000044718105



www.santillana.com.ar

GOVERNO
DO PARANÁ

2024 RELEASE UNDER E.O. 14176

Sto. Niño

GLICOSE

第二章 人物

REFERENCIAS

- 37 -

CHINA 3-8, N.Y. 100-100
BOSTON HARVARD LIBRARIES
LIBRARY USE STAMP



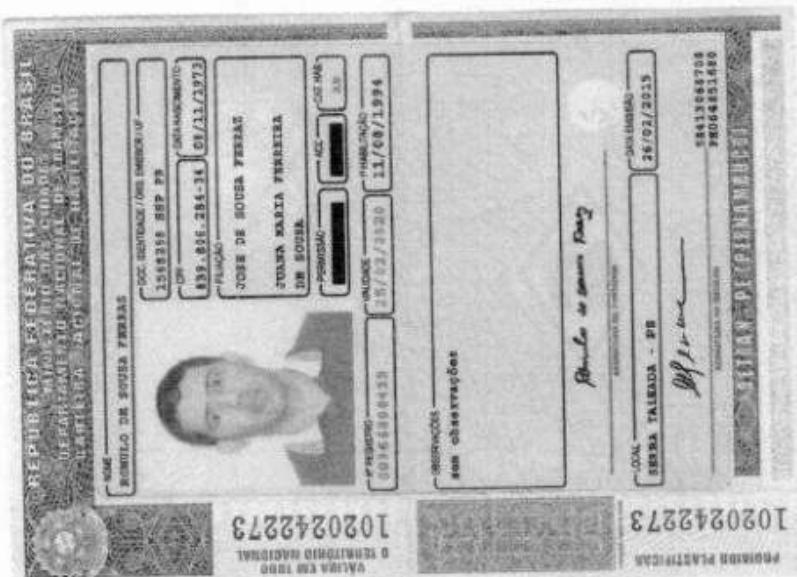
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:56:15
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108131456143420000044718105>
Número de documento: 2108131456143420000044718105

Num. 47084562 - Pág. 32



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:56:15
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108131456143420000044718105
Número do documento: 2108131456143420000044718105

Num. 47084562 - Pág. 33



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:56:15
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108131456143420000044718105>
Número do documento: 2108131456143420000044718105

Num. 47084562 - Pág. 34

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

L DETRAN - PB N° 011348398315
A CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
C VIA COD. REAR PRT 20141600000655-9
R 1 0047619083-5 00/00000000 2014

NOME
FRANCINEIDE VITORINO
CPF / CNPJ
03754128400 PLACA
NPR6151/PB
PLACA ANT / MFT CHASSI
NOVO PB 9C2JC4810BR002155

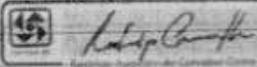
ESPECIE TIPO PAS/MOTONETA/NAO APLIC	COMBUSTIVEL ALCO/GASOL
MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 KS	ANO FAB. / ANO MOD. 2011 / 2011
CAP / POT / CIL. 2 P/124 / CI	CATEGORIA PARTIC
COTA ÚNICA IPVA PAGO EM 21/02/2014	VENC. COTA ÚNICA 1^a
FADA LPIA A *****	PARCELAMENTO / COTAS 0
VENO / DOTAS 2^a	
3 ^a	

PREMIO TARIFARIO (R\$) — IDP (R\$) — PREMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO
***** 21/02/2014

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO

PRINCESA ISABEL-PB

34274



DATA
21/02/2014
39331

SEGURARIA DO TERRITÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB N° 011348398315 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvalsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 21/02/2014

VIA 1	CPF / CNPJ 03754128400	PLACA NPR6151/PB
RENAVAM 00476190835	MARCA / MODELO HONDA/BIZ 125 KS	NR CHASSI
ANO FAB. 2011	CAT. TAN. 9	9C2JC4810BR002155
PRÊMIO TARIFÁRIO		
FINS (R\$) *****	DETAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****		
SEGURO		PAGO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	21/02/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.609/0001-04
www.seguradoralider.com.br

39331-1032403-20140221

TAB/DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681573 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCILBERTO VITORINO **Data do acidente:** 25/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FEMUR PROXIMAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFÍCIT DE MOBILIDADE DO QUADRIL ESQUERDO E LIMITAÇÃO DE FLEXÃO E ROTAÇÃO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MARCHA
CLAUDICAÇÃO , LIMITAÇÃO DE FLEXAO DO QUADRIL .

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO QUADRIL ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

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



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: FRANCILBERTO VITORINO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 54.807.206-3 - SF8-SP
CPF: 044.310.954-03
Profissão: AGRICULTOR
Endereço: RUA: HERMES MAIA, SN, MAIA, P. ISABEL - PB
CEP: 58.755-000
Telefone: 83 - 999-32-44-13

OUTORGADO:

Nome: POMULO DE SOUSA FERRAZ
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: DIVORCIADO
Identidade: 15.68258-999-PB
CPF: 839.806.284-34
Profissão: COMERCIANTE
Endereço: RUA: RAFAEL ROSAS, SN, MAIA, P. ISABEL - PB
CEP: 58.755-000
Telefone: 83 - 999-32-44-13

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: FRANCILBERTO VITORINO



Princesa Isabel 28/10/2019

Local e data

X Francilberto Vitorino

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

EMILIA ÉRICA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE MOBÍLIO
Emilia Erica Alves Frazão - Tabellaria Interina
Rua Cel. Manoel Peixoto Lima, 382 - Centro - Princesa Isabel - PB
Fone: (83) 39975-8240 | 15.68258-999-0000 | 15.68258-999-0001 | 15.68258-999-0002 | 15.68258-999-0003 | 15.68258-999-0004 | 15.68258-999-0005 | 15.68258-999-0006 | 15.68258-999-0007 | 15.68258-999-0008 | 15.68258-999-0009 | 15.68258-999-0010 | 15.68258-999-0011 | 15.68258-999-0012 | 15.68258-999-0013 | 15.68258-999-0014 | 15.68258-999-0015 | 15.68258-999-0016 | 15.68258-999-0017 | 15.68258-999-0018 | 15.68258-999-0019 | 15.68258-999-0020 | 15.68258-999-0021 | 15.68258-999-0022 | 15.68258-999-0023 | 15.68258-999-0024 | 15.68258-999-0025 | 15.68258-999-0026 | 15.68258-999-0027 | 15.68258-999-0028 | 15.68258-999-0029 | 15.68258-999-0030 | 15.68258-999-0031 | 15.68258-999-0032 | 15.68258-999-0033 | 15.68258-999-0034 | 15.68258-999-0035 | 15.68258-999-0036 | 15.68258-999-0037 | 15.68258-999-0038 | 15.68258-999-0039 | 15.68258-999-0040 | 15.68258-999-0041 | 15.68258-999-0042 | 15.68258-999-0043 | 15.68258-999-0044 | 15.68258-999-0045 | 15.68258-999-0046 | 15.68258-999-0047 | 15.68258-999-0048 | 15.68258-999-0049 | 15.68258-999-0050 | 15.68258-999-0051 | 15.68258-999-0052 | 15.68258-999-0053 | 15.68258-999-0054 | 15.68258-999-0055 | 15.68258-999-0056 | 15.68258-999-0057 | 15.68258-999-0058 | 15.68258-999-0059 | 15.68258-999-0060 | 15.68258-999-0061 | 15.68258-999-0062 | 15.68258-999-0063 | 15.68258-999-0064 | 15.68258-999-0065 | 15.68258-999-0066 | 15.68258-999-0067 | 15.68258-999-0068 | 15.68258-999-0069 | 15.68258-999-0070 | 15.68258-999-0071 | 15.68258-999-0072 | 15.68258-999-0073 | 15.68258-999-0074 | 15.68258-999-0075 | 15.68258-999-0076 | 15.68258-999-0077 | 15.68258-999-0078 | 15.68258-999-0079 | 15.68258-999-0080 | 15.68258-999-0081 | 15.68258-999-0082 | 15.68258-999-0083 | 15.68258-999-0084 | 15.68258-999-0085 | 15.68258-999-0086 | 15.68258-999-0087 | 15.68258-999-0088 | 15.68258-999-0089 | 15.68258-999-0090 | 15.68258-999-0091 | 15.68258-999-0092 | 15.68258-999-0093 | 15.68258-999-0094 | 15.68258-999-0095 | 15.68258-999-0096 | 15.68258-999-0097 | 15.68258-999-0098 | 15.68258-999-0099 | 15.68258-999-0100 | 15.68258-999-0101 | 15.68258-999-0102 | 15.68258-999-0103 | 15.68258-999-0104 | 15.68258-999-0105 | 15.68258-999-0106 | 15.68258-999-0107 | 15.68258-999-0108 | 15.68258-999-0109 | 15.68258-999-0110 | 15.68258-999-0111 | 15.68258-999-0112 | 15.68258-999-0113 | 15.68258-999-0114 | 15.68258-999-0115 | 15.68258-999-0116 | 15.68258-999-0117 | 15.68258-999-0118 | 15.68258-999-0119 | 15.68258-999-0120 | 15.68258-999-0121 | 15.68258-999-0122 | 15.68258-999-0123 | 15.68258-999-0124 | 15.68258-999-0125 | 15.68258-999-0126 | 15.68258-999-0127 | 15.68258-999-0128 | 15.68258-999-0129 | 15.68258-999-0130 | 15.68258-999-0131 | 15.68258-999-0132 | 15.68258-999-0133 | 15.68258-999-0134 | 15.68258-999-0135 | 15.68258-999-0136 | 15.68258-999-0137 | 15.68258-999-0138 | 15.68258-999-0139 | 15.68258-999-0140 | 15.68258-999-0141 | 15.68258-999-0142 | 15.68258-999-0143 | 15.68258-999-0144 | 15.68258-999-0145 | 15.68258-999-0146 | 15.68258-999-0147 | 15.68258-999-0148 | 15.68258-999-0149 | 15.68258-999-0150 | 15.68258-999-0151 | 15.68258-999-0152 | 15.68258-999-0153 | 15.68258-999-0154 | 15.68258-999-0155 | 15.68258-999-0156 | 15.68258-999-0157 | 15.68258-999-0158 | 15.68258-999-0159 | 15.68258-999-0160 | 15.68258-999-0161 | 15.68258-999-0162 | 15.68258-999-0163 | 15.68258-999-0164 | 15.68258-999-0165 | 15.68258-999-0166 | 15.68258-999-0167 | 15.68258-999-0168 | 15.68258-999-0169 | 15.68258-999-0170 | 15.68258-999-0171 | 15.68258-999-0172 | 15.68258-999-0173 | 15.68258-999-0174 | 15.68258-999-0175 | 15.68258-999-0176 | 15.68258-999-0177 | 15.68258-999-0178 | 15.68258-999-0179 | 15.68258-999-0180 | 15.68258-999-0181 | 15.68258-999-0182 | 15.68258-999-0183 | 15.68258-999-0184 | 15.68258-999-0185 | 15.68258-999-0186 | 15.68258-999-0187 | 15.68258-999-0188 | 15.68258-999-0189 | 15.68258-999-0190 | 15.68258-999-0191 | 15.68258-999-0192 | 15.68258-999-0193 | 15.68258-999-0194 | 15.68258-999-0195 | 15.68258-999-0196 | 15.68258-999-0197 | 15.68258-999-0198 | 15.68258-999-0199 | 15.68258-999-0200 | 15.68258-999-0201 | 15.68258-999-0202 | 15.68258-999-0203 | 15.68258-999-0204 | 15.68258-999-0205 | 15.68258-999-0206 | 15.68258-999-0207 | 15.68258-999-0208 | 15.68258-999-0209 | 15.68258-999-0210 | 15.68258-999-0211 | 15.68258-999-0212 | 15.68258-999-0213 | 15.68258-999-0214 | 15.68258-999-0215 | 15.68258-999-0216 | 15.68258-999-0217 | 15.68258-999-0218 | 15.68258-999-0219 | 15.68258-999-0220 | 15.68258-999-0221 | 15.68258-999-0222 | 15.68258-999-0223 | 15.68258-999-0224 | 15.68258-999-0225 | 15.68258-999-0226 | 15.68258-999-0227 | 15.68258-999-0228 | 15.68258-999-0229 | 15.68258-999-0230 | 15.68258-999-0231 | 15.68258-999-0232 | 15.68258-999-0233 | 15.68258-999-0234 | 15.68258-999-0235 | 15.68258-999-0236 | 15.68258-999-0237 | 15.68258-999-0238 | 15.68258-999-0239 | 15.68258-999-0240 | 15.68258-999-0241 | 15.68258-999-0242 | 15.68258-999-0243 | 15.68258-999-0244 | 15.68258-999-0245 | 15.68258-999-0246 | 15.68258-999-0247 | 15.68258-999-0248 | 15.68258-999-0249 | 15.68258-999-0250 | 15.68258-999-0251 | 15.68258-999-0252 | 15.68258-999-0253 | 15.68258-999-0254 | 15.68258-999-0255 | 15.68258-999-0256 | 15.68258-999-0257 | 15.68258-999-0258 | 15.68258-999-0259 | 15.68258-999-0260 | 15.68258-999-0261 | 15.68258-999-0262 | 15.68258-999-0263 | 15.68258-999-0264 | 15.68258-999-0265 | 15.68258-999-0266 | 15.68258-999-0267 | 15.68258-999-0268 | 15.68258-999-0269 | 15.68258-999-0270 | 15.68258-999-0271 | 15.68258-999-0272 | 15.68258-999-0273 | 15.68258-999-0274 | 15.68258-999-0275 | 15.68258-999-0276 | 15.68258-999-0277 | 15.68258-999-0278 | 15.68258-999-0279 | 15.68258-999-0280 | 15.68258-999-0281 | 15.68258-999-0282 | 15.68258-999-0283 | 15.68258-999-0284 | 15.68258-999-0285 | 15.68258-999-0286 | 15.68258-999-0287 | 15.68258-999-0288 | 15.68258-999-0289 | 15.68258-999-0290 | 15.68258-999-0291 | 15.68258-999-0292 | 15.68258-999-0293 | 15.68258-999-0294 | 15.68258-999-0295 | 15.68258-999-0296 | 15.68258-999-0297 | 15.68258-999-0298 | 15.68258-999-0299 | 15.68258-999-0300 | 15.68258-999-0301 | 15.68258-999-0302 | 15.68258-999-0303 | 15.68258-999-0304 | 15.68258-999-0305 | 15.68258-999-0306 | 15.68258-999-0307 | 15.68258-999-0308 | 15.68258-999-0309 | 15.68258-999-0310 | 15.68258-999-0311 | 15.68258-999-0312 | 15.68258-999-0313 | 15.68258-999-0314 | 15.68258-999-0315 | 15.68258-999-0316 | 15.68258-999-0317 | 15.68258-999-0318 | 15.68258-999-0319 | 15.68258-999-0320 | 15.68258-999-0321 | 15.68258-999-0322 | 15.68258-999-0323 | 15.68258-999-0324 | 15.68258-999-0325 | 15.68258-999-0326 | 15.68258-999-0327 | 15.68258-999-0328 | 15.68258-999-0329 | 15.68258-999-0330 | 15.68258-999-0331 | 15.68258-999-0332 | 15.68258-999-0333 | 15.68258-999-0334 | 15.68258-999-0335 | 15.68258-999-0336 | 15.68258-999-0337 | 15.68258-999-0338 | 15.68258-999-0339 | 15.68258-999-0340 | 15.68258-999-0341 | 15.68258-999-0342 | 15.68258-999-0343 | 15.68258-999-0344 | 15.68258-999-0345 | 15.68258-999-0346 | 15.68258-999-0347 | 15.68258-999-0348 | 15.68258-999-0349 | 15.68258-999-0350 | 15.68258-999-0351 | 15.68258-999-0352 | 15.68258-999-0353 | 15.68258-999-0354 | 15.68258-999-0355 | 15.68258-999-0356 | 15.68258-999-0357 | 15.68258-999-0358 | 15.68258-999-0359 | 15.68258-999-0360 | 15.68258-999-0361 | 15.68258-999-0362 | 15.68258-999-0363 | 15.68258-999-0364 | 15.68258-999-0365 | 15.68258-999-0366 | 15.68258-999-0367 | 15.68258-999-0368 | 15.68258-999-0369 | 15.68258-999-0370 | 15.68258-999-0371 | 15.68258-999-0372 | 15.68258-999-0373 | 15.68258-999-0374 | 15.68258-999-0375 | 15.68258-999-0376 | 15.68258-999-0377 | 15.68258-999-0378 | 15.68258-999-0379 | 15.68258-999-0380 | 15.68258-999-0381 | 15.68258-999-0382 | 15.68258-999-0383 | 15.68258-999-0384 | 15.68258-999-0385 | 15.68258-999-0386 | 15.68258-999-0387 | 15.68258-999-0388 | 15.68258-999-0389 | 15.68258-999-0390 | 15.68258-999-0391 | 15.68258-999-0392 | 15.68258-999-0393 | 15.68258-999-0394 | 15.68258-999-0395 | 15.68258-999-0396 | 15.68258-999-0397 | 15.68258-999-0398 | 15.68258-999-0399 | 15.68258-999-0400 | 15.68258-999-0401 | 15.68258-999-0402 | 15.68258-999-0403 | 15.68258-999-0404 | 15.68258-999-0405 | 15.68258-999-0406 | 15.68258-999-0407 | 15.68258-999-0408 | 15.68258-999-0409 | 15.68258-999-0410 | 15.68258-999-0411 | 15.68258-999-0412 | 15.68258-999-0413 | 15.68258-999-0414 | 15.68258-999-0415 | 15.68258-999-0416 | 15.68258-999-0417 | 15.68258-999-0418 | 15.68258-999-0419 | 15.68258-999-0420 | 15.68258-999-0421 | 15.68258-999-0422 | 15.68258-999-0423 | 15.68258-999-0424 | 15.68258-999-0425 | 15.68258-999-0426 | 15.68258-999-0427 | 15.68258-999-0428 | 15.68258-999-0429 | 15.68258-999-0430 | 15.68258-999-0431 | 15.68258-999-0432 | 15.68258-999-0433 | 15.68258-999-0434 | 15.68258-999-0435 | 15.68258-999-0436 | 15.68258-999-0437 | 15.68258-999-0438 | 15.68258-999-0439 | 15.68258-999-0440 | 15.68258-999-0441 | 15.68258-999-0442 | 15.68258-999-0443 | 15.68258-999-0444 | 15.68258-999-0445 | 15.68258-999-0446 | 15.68258-999-0447 | 15.68258-999-0448 | 15.68258-999-0449 | 15.68258-999-0450 | 15.68258-999-0451 | 15.68258-999-0452 | 15.68258-999-0453 | 15.68258-999-0454 | 15.68258-999-0455 | 15.68258-999-0456 | 15.68258-999-0457 | 15.68258-999-0458 | 15.68258-999-0459 | 15.68258-999-0460 | 15.68258-999-0461 | 15.68258-999-0462 | 15.68258-999-0463 | 15.68258-999-0464 | 15.68258-999-0465 | 15.68258-999-0466 | 15.68258-999-0467 | 15.68258-999-0468 | 15.68258-999-0469 | 15.68258-999-0470 | 15.68258-999-0471 | 15.68258-999-0472 | 15.68258-999-0473 | 15.68258-999-0474 | 15.68258-999-0475 | 15.68258-999-0476 | 15.68258-999-0477 | 15.68258-999-0478 | 15.68258-999-0479 | 15.68258-999-0480 | 15.68258-999-0481 | 15.68258-999-0482 | 15.68258-999-0483 | 15.68258-999-0484 | 15.68258-999-0485 | 15.68258-999-0486 | 15.68258-999-0487 | 15.68258-999-0488 | 15.68258-999-0489 | 15.68258-999-0490 | 15.68258-999-0491 | 15.68258-999-0492 | 15.68258-999-0493 | 15.68258-999-0494 | 15.68258-999-0495 | 15.68258-999-0496 | 15.68258-999-0497 | 15.68258-999-0498 | 15.68258-999-0499 | 15.68258-999-0500 | 15.68258-999-0501 | 15.68258-999-0502 | 15.68258-999-0503 | 15.68258-999-0504 | 15.68258-999-0505 | 15.68258-999-0506 | 15.68258-999-0507 | 15.68258-999-0508 | 15.68258-999-0509 | 15.68258-999-0510 | 15.68258-999-0511 | 15.68258-999-0512 | 15.68258-999-0513 | 15.68258-999-0514 | 15.68258-999-0515 | 15.68258-999-0516 | 15.68258-999-0517 | 15.68258-999-0518 | 15.68258-999-0519 | 15.68258-999-05

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0436644/19

Vítima: FRANCILBERTO VITORINO

CPF: 044.310.954-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/08/2019

Titular do CPF: FRANCILBERTO VITORINO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ROMULO DE SOUSA FERRAZ : 839.806.284-34

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCILBERTO VITORINO : 044.310.954-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/12/2019
Nome: ROMULO DE SOUSA FERRAZ
CPF: 839.806.284-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

ROMULO DE SOUSA FERRAZ

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:56:15
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108131456143420000044718105>
Número do documento: 2108131456143420000044718105

Num. 47084562 - Pág. 38



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE PRINCESA ISABEL/PB

Processo n.º 08023524320208150311

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **FRANCILBERTO VITORINO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PRINCESA ISABEL, 11 de agosto de 2021.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:56:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314561562500000044718107>
Número do documento: 21081314561562500000044718107

Num. 47084564 - Pág. 1

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:56:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314561562500000044718107>
Número do documento: 21081314561562500000044718107

Num. 47084564 - Pág. 2