



Número: **0801121-81.2021.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **25/02/2021**

Valor da causa: **R\$ 6.750,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANTONIO CARLOS VICENTE (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
LUCIANO JOSE LIRA MENDES registrado(a) civilmente como LUCIANO JOSE LIRA MENDES (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
80876902	19/10/2023 09:33	<a href="#">Petição</a>	Petição
80876903	19/10/2023 09:33	<a href="#">2800121_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02</a>	Outros Documentos
80876906	19/10/2023 09:33	<a href="#">2800121_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0364696/19 3 - CPF da vítima: 805.720.734-53 4 - Nome completo da vítima: Antonio Carlos Vicente

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Antonio Carlos Vicente 6 - CPF: 805.720.734-53  
7 - Profissão: Tratorista 8 - Endereço: Rua Maria de Lourdes de Santana 9 - Número: 47 10 - Complemento: —  
11 - Bairro: Lourdesmãia 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.300-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 99992-8028

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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 às custas da Seguradora Líder 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.

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(vá nascido)? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação 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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 18/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

11 V002/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2023 09:33:02

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101909330216200000076108506

Número do documento: 23101909330216200000076108506

ANTONIO CARLOS VICENTE  
RUA MARIA DE LOURDES DE SANTANA 47 - LEROLANDIA  
CEP 56300-000 - SANTA RITA / PB (AQ: 1)



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
S - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 08.095.183/0001-45 - Ins. Est. 16.015.923-0

Cin/Sei: RESENCIAL/BAIXA RENDA MONOFÁSICA  
Rotômetro: 10-0009-840-418 Referência: OUT/2019  
Medidor: W5035683599 Emissão: 16/10/2019

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 032.772.874  
Código para Débito Automático 00011919029

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
OUT/2019	17/10/2019	18/11/2019	80572073453

UC (Unidade Consumidora): 5/1191869-5

#### Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2003.  
Confira o Energisa On! O nosso aplicativo para smartphones e tablets oferece mais comodidade e facilidade para você. Baixe o app agora e informe tudo de sua conta ao receber o aplicativo programado na sua região, solicite serviços ou exatidão de dados! Tudo na palma da mão, sem filas e sem burocracia.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data Leitura	Data Leitura	1	54	30
17/09/19	17/10/19			

#### Demonstrativo

CD Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Total Base Calc. (R\$)	Adic. (R\$)	Base Calc. (R\$)	PS (R\$)	CONSUMO (R\$)
001 Consumo de 30 kWh-BR	30	0,3600	10,80	0,00	10,80	0,00	10,80
001 Consumo - 31 a 100 kWh-BR	54	0,3200	17,28	0,00	17,28	0,00	17,28
001 Adic. B. Atividade			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001 Adic. B. Horário			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
001 Subtotal			28,08	0,00	28,08	0,00	28,08
<b>VENCIMENTOS E SERVIÇOS</b>							
002 Desconto Substit.			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
002 CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA			7,50	0,00	7,50	0,00	7,50
004 JUNTOS DE MORA 002/19			1,00	0,00	1,00	0,00	1,00
005 JUNTOS DE MORA 003/19			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
005 MULTA 003/19			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
005 MULTA 004/19			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
005 MULTA 005/19			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
005 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 003/19			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
005 ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 004/19			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
005 Atualização de Conversão de Base			0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Total</b>			46,86	0,00	46,86	0,00	46,86

Mês e volume faturado (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
74	24/10/2019	R\$ 37,66

#### Histórico de Consumo (kWh)

3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

OUT/19: NOV/19: DEZ/19: JAN/20: FEV/20: MAR/20: ABR/20: MAI/20: JUN/20: JUL/20: AGO/20: SET/20:

RESERVADO AO FISCO 61a1 5752 fe81 9252 dea7 da40 4386 1400

Indicadores de Qualidade			Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC MENSAL	12,35	0,00	Sem Difer.	0,00	0,00
DIC TRIMESTRAL	24,71	0,00	Compra de Energia	11,75	31,18
DIC ANUAL	49,42	0,00	Serviço de Transmissão	1,31	3,51
FIC MENSAL	7,89	0,00	Energia Solar	1,34	3,55
FIC TRIMESTRAL	15,79	0,00	Impostos Diretos e Encargos	14,26	37,66
FIC ANUAL	31,58	0,00	Outros Serviços	0,00	0,00
EMC	8,79		<b>Total</b>	<b>37,36</b>	<b>100,00</b>
EMC	16,50		Valor do EUSOLnet 05/2019: R\$ 10,20		

#### ATENÇÃO

#### SEGUNDA VIA DE CONTA

#### Faturas em atraso

Sua próxima 2ª fatura será emitida em nome de seu filho, tendo em destaque no 1502-01

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009.02624.912008.07579.154175.1.80520000003766				
Pagador: ANTONIO CARLOS VICENTE CNPJ/CPF: 805.720.734-53				
RUA MARIA DE LOURDES DE SANTANA 47 - LEROLANDIA - SANTA RITA / PB - CEP 56300-000				
Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
262491200075781	000000000020191	24/10/2019	37,66	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA 09.095.183/0001-45				
BR/230 KM 25, 9 N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	ANTONIO CARLOS VICENTE
DATA DE NASCIMENTO	01/08/69
NOME DA MÃE	MARIA DO CARMO DOS SANTOS

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.102.981
DATA DO ATENDIMENTO	21/08/18
HORA DO ATENDIMENTO	18:39
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO
CID 10	S52.6

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, cefaleia, dor no antebraço esquerdo, dor na coxa direita, consciente, torax e abdomen sem queixas. Glasgow 15. Presença de fratura de radio distal esquerdo, sem desvio, sem indicação de tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio  
RX de antebraço esquerdo  
RX de mão esquerda  
RX de bacia  
RX de coxa direita

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de radio distal esquerdo, sem desvio.

### TRATAMENTO:

Tratamento conservador de fratura distal de rádio esquerdo.

ALTA HOSPITALAR:	21/08/18
DATA DA EMISSÃO:	08/10/18

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

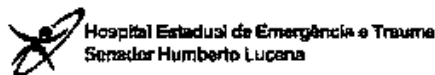
**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

Imprimir

21/08/2018 18:39





**AREA VERMELHA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>ANTONIO CARLOS VICENTE</b>		BAE 1102981	Data/Hora Entrada 21/08/2018 18:39:44	Data Baixa
Data de nascimento 01/08/1969	Idade 48a 20d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 983715952
Mãe <b>MARIA DO CARMO DOS SANTOS</b>				Prontuário
Endereço <b>MARI, SN</b>		Bairro <b>MUNICÍPIOS</b>	Município <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO</b>	NF Cons. Regional <b>3448/PB</b>	
Data/Hora Classificação 21/08/2018 18:44:02			Data/Hora Prescrição 21/08/2018 19:01:10	
<b>Anamnese</b> vítima de acidente de moto (sic). queixa-se de dor na cabeça, no antebraço esquerdo, coxa direita. está consciente. nega dor abdominal e torácica. conduta - solicito tc de crânio; ralo x do antebraço e mão esquerda; ralo x da coxa direita; bacla. cetoprofeno 100 mg IV				
<b>MEDICAÇÃO</b> CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DOR)				
<b>CUIDADOS</b> SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA, (OBSERVAÇÕES: TRAUMA)				
SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA, (OBSERVAÇÕES: TRAUMA)				
<b>EXAME DE IMAGEM</b> TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)				
RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)				
RADIOGRAFIA DE MAO ESQUERDA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)				
RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)				
<b>CID10</b>				
Código	Descrição			
T14.9	Traumatismo não especificado			
<b>Conduta</b> Em observação				

ANTONIO CARLOS VICENTE

 GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO  
 (33448/PB)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 21/08/2018 18:40:53



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>ANTONIO CARLOS VICENTE</b>		BAE 1102981	Data/Hora Entrada 21/08/2018 18:39:44	Data Baixa
Data de nascimento 01/08/1968	Idade 48a 20d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 993715852
Mãe <b>MARIA DO CARMO DOS SANTOS</b>				Prontuário
Endereço MAR, SN		Bairro MUNICÍPIOS	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO		Nº Cons. Regional 3448/PB
Data/Hora Classificação 21/08/2018 18:44:02		Data/Hora Prescrição 21/08/2018 19:05:48		
<b>Anamnese</b> acrescento raio x da coxa direita.				
<b>EXAME DE IMAGEM</b> RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)				
<b>CID10</b>				
Código	Descrição			
T14.9	Traumatismo não especificado			
<b>Conduta</b> Em observação				

ANTONIO CARLOS VICENTE

GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO  
(: 3448/PB)

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

GOVERNO  
DA PARAIBA

AR MARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

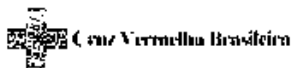
Paciente <b>ANTONIO CARLOS VICENTE</b>		BAE 1102581	Data/Hora Entrada 21/08/2018 18:39:44	Data Baixa 2018-08-21 21:41:39.0
Data de nascimento 01/08/1969	Idade 48a 21d	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 993715952
Mãe <b>MARIA DO CARMO DOS SANTOS</b>				Prontuário
Endereço <b>MARI, SN</b>		Bairro <b>MUNICÍPIOS</b>	Município <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>THALES WENDEL DE SOUSA MAIA</b>	Nº Cons. Regional <b>8590/PB</b>
Data/Hora Classificação 21/08/2018 18:44:02			Data/Hora Prescrição 21/08/2018 21:42:05	
<b>Anamnese</b>				
QUEDA DE MOTO COM FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO FECHADO E SEM DESVIO CD: TTO CONSERVADOR GESSO AXILO PALMAR, CURATIVOS E ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.				
<b>CID10</b>				
Código	Descrição			
S52.6	Fratura da extremidade distal do rádio e do cúbito [ulna]			
<b>Conduta</b>				
Alta médica				
<b>Alta Hospitalar</b>				
Usuário <b>THALES WENDEL DE SOUSA MAIA</b>	Data e Hora 21/08/2018 21:41:39			
Motivo de Alta <b>ALTA HOSPITALAR</b>	Observações <b>CURATIVO + GESSO AXILO PALMAR</b>			

ANTONIO CARLOS VICENTE

THALES WENDEL DE SOUSA MAIA  
(CRM 6590/PB)

Bolém registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 21/08/2018 18:40:53





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DO PARÁIBA

**SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente <b>ANTONIO CARLOS VICENTE</b>		BAE <b>1102981</b>	Data/Hora Entrada <b>21/08/2018 18:39:44</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>01/08/1969</b>	Idade <b>49a 21d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 993715952</b>
Mãe <b>MARIA DO CARMO DOS SANTOS</b>				Prontuário
Endereço <b>MARI, SN</b>		Bairro <b>MUNICÍPIOS</b>	Município <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>ALECIO CRISTINO EVANGELISTA SANTOS BARCELOS</b>		Nº Cons. Regional <b>7104/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>21/08/2018 18:44:02</b>		Data/Hora Prescrição <b>21/08/2018 21:03:14</b>		
<b>Anamnese</b> queda de moto, sem capacete, às 17 horas trauma frontal e perda transitória da consciência. Evolui sem cefaléia, sonolência ou vômitos  EF: GLASGOW 15, SEM DÉFICIT. SEM CERVICALGIA.  TC CRANIO SEM HEMATOMAS INTRACRANIANOS  CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA.				
<b>Conduta</b> Em observação				

ANTONIO CARLOS VICENTE

ALECIO CRISTINO EVANGELISTA SANTOS BARCELOS  
(CRM: 7104/PB)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 21/08/2018 18:40:53





Data:	21/08/18 19
Usuário:	GILSON
Boletim:	1102981

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	ANTONIO CARLOS VICENTE	Data de	01/08/1989	Idade	49a 20d	Sexo	MASCULINO	Nº	1102981	Nº Prontuário	21/08/2018 19:01:10
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito	Validade da Prescrição	21/08/2018 19:01:00 - 22/08/2018 19:01:00								
Convênio	SUS	Matrícula	Senha								

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Apreçamento
1 CETOPIROFENO 100 MG	1,0	MG	Observação: dor	E.V.		AGORA	
2 SOLICITAÇÃO DE PARECER	0,0		Observação: trauma				
3 PARECER ORTO	0,0		Observação: trauma				

21 de Agosto de 2018

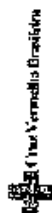
Gilson  
Assinatura e Carimbo do Profissional

GILSON MARCELO PEREIRA DE MELO  
CRM: 3448

REQUISICÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome	ANTONIO CARLOS VICENTE		
Data de	Nº Boletim Emergência	Prontuário	
01/08/1989	1102981		
Material a examinar			
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA (trauma)			
21 08 18			
4			
21 de Agosto de 2018			

Assinatura e Carimbo do Profissional



Hospital Estadual de Emergências e Trauma  
Sede e Hospital Unipar



GOVERNO  
DO PARANÁ

# REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome ANTONIO CARLOS VICENTE	
Data de 01/08/1989	Nº Boletim Emergência 1102981
Prontuário	
Material a examinar	
EXAME DE IMAGEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO (trauma) RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO ESQUERDO (trauma) RADIOGRAFIA DE MÃO ESQUERDA (trauma) RADIOGRAFIA DE BACIA (trauma)	

21/08/18

4

21 de Agosto de 2018

Suelio

Assinatura e Carimbo do Profissional



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2023 09:33:02

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101909330216200000076108506>

Número do documento: 23101909330216200000076108506



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332166700

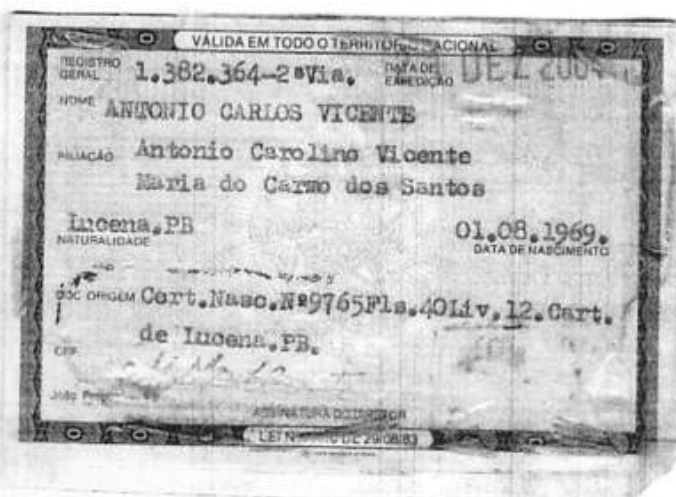
Boletim de Atendimento: 1102881



Identificação do paciente			
ID 1318473	Nome ANTONIO CARLOS VICENTE	Sexo Masculino	
Data de nascimento 01/08/1959	Idade 49 anos 20 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA DO CARMO DOS SANTOS	Pai ANTONIO CAROLINO VICENTE		Responsável (Parentesco) MARIA DELANIO - ESPOSO(A)
Escolaridade	DDD Móvel 83		Fone Móvel 993715962
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1382384	Nº Cns	
Local de procedência SANTA RITA	Tipo MUNICIPIO		UF PB
Email	Naturalidade LUCENA	ICBOR	
Endereço			
CEP 58302320	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro MARI
Número SN	Complemento	Bairro MUNICIPIOS	
Admissão			
Data e Hora 21/03/2018 15:39:44	Número da pulseira 1000004488216	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veto do ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]
Liquor [ ]		ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos			
Diagnóstico			CD
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA			Tempo 07 min 09seg

Imprimir









Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **805.720.734-53**

Nome: **ANTONIO CARLOS VICENTE**

Data de Nascimento: **01/08/1969**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **09/04/1991**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **08:51:23** do dia **18/10/2019** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **0D81.0C17.9D00.D566**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	SEGURO OBRIGATÓRIO	MULTAS DE TRÂNSITO	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	IPVA - 1ª COTA	ENCARGOS DO DETRAN	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	IPVA - 2ª COTA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - PE**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VPM 1 777819678 2008

7237192729

KATIA SILENE PESSOA DA SILVA  
RUA PAULO JOSE DOS SANTOS 124  
CASA-LINTERO  
TIMBAUBA-PE

55870-000

692.050.404-00

PE 7237192729

HONDA/CG 125 TITAN 15 2001 2002

2P/124CL

IPVA 2008 QUITADO

SEGURO PAGO

AL. FID. CONS. NAC. HONDA LTDA

TIMBAUBA

04/03/08

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	ENCARGOS DO DETRAN	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA
SEGURO OBRIGATÓRIO	IPVA - 1ª COTA	IPVA - 2ª COTA
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA	IPVA - 3ª COTA OU COTA ÚNICA
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - PE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 7237192729

1 777819678

777819678

KATIA SILENE PESSOA DA SILVA  
RUA PAULO JOSE DOS SANTOS 124  
CASA-LINTERO  
TIMBAUBA-PE

55870-000

692.050.404-00

PE 7237192729

HONDA/CG 125 TITAN 15

2P/124CL

IPVA 2008 QUITADO

SEGURO PAGO

AL. FID. CONS. NAC. HONDA LTDA

TIMBAUBA

04/03/08

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364696/19

**Vítima:** ANTONIO CARLOS VICENTE

**CPF:** 805.720.734-53

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 21/08/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ANTONIO CARLOS VICENTE

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**ANTONIO CARLOS VICENTE : 805.720.734-53**

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](http://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: 18/10/2019  
Nome: ANTONIO CARLOS VICENTE  
CPF: 805.720.734-53

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019  
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA  
CPF: 068.954.516-92

ANTONIO CARLOS VICENTE

VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190592623 Vítima: ANTONIO CARLOS VICENTE

Data do Acidente: 21/08/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO CARLOS VICENTE

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00495/00496 - carta\_03 - INVALIDEZ

00300248



Carta nº 14998221





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592623

Vítima: ANTONIO CARLOS VICENTE

Data do Acidente: 21/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANTONIO CARLOS VICENTE

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, contatos 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 14998393







Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 20 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592623

Vítima: ANTONIO CARLOS VICENTE

Data do Acidente: 21/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ANTONIO CARLOS VICENTE

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

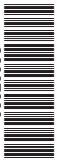
Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00075/00076 - carta\_16 - INVALIDEZ

00020038



Carta nº 15715119



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0364696/19 3 - CPF da vítima: 805.720.734-53 4 - Nome completo da vítima: Antonio Carlos Vicente

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Antonio Carlos Vicente 6 - CPF: 805.720.734-53  
7 - Profissão: Trabalhista 8 - Endereço: Rua Maria de Lourdes de Santana 9 - Número: 47 10 - Complemento: -  
11 - Bairro: Lourdesmãia 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58.300-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 183/99192-8028

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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_ AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 às custas da Seguradora Líder 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.

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(vá nascido)? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação 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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 18/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

11 V002/2019

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2023 09:33:02

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101909330216200000076108506

Número do documento: 23101909330216200000076108506

Num. 80876903 - Pág. 20



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00177.01.2019.1.05.014**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00177.01.2019.1.05.014, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:16 horas do dia 16 de outubro de 2019, na cidade de Santa Rita, no estado da Paraíba, e nesta 14ª Delegacia Distrital de Santa Rita, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Leonardo Souto Maior Soares, matrícula 1559940, e lavrado por Clélio Pessoa de Carvalho, Agente de Investigação, matrícula 1818686, ao final assinado, compareceu **Antonio Carlos Vicente**, CPF nº 805.720.734-53, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Tratorista, filho(a) de Maria do Carmo dos Santos e Antonio Carolino Vicente, natural de Lucena/PB, nascido(a) em 01/08/1969 (50 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria de Lourdes Santana, Nº 47, bairro Lerolândia, tendo como ponto de referência Uma Rua Antes da Creche, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 99381-3877.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: No Canal de Irrigação da Fazenda Santana, Fazenda Santana, Santa Rita/PB, bairro Lerolândia; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 21/08/18 17:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.


**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que no dia, hora e lugar acima mencionados estava pilotando a moto HONDA/CG 125 TITAN KS, COR VERDE, PLACA, KCU8374, CHASSI 9C2JC30102R129508, cujo CRV esta no nome de Katia Silene Pessoa da Silva(CPF 692.050.434-00), quando caiu no canal de irrigação da FAZENDA SANTANA localizada em Lerolândia, Santa Rita-PB. Afirma que devido ao acidente ficou ferido e foi socorrido pelos funcionários da Usina Japungu e levado ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, sendo neste diagnosticado com FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO CID 10 S52.6.

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.

Santa Rita/PB, 16 de outubro de 2019.

  
CLÉLIO PESSOA DE CARVALHO  
Agente de Investigação

  
ANTONIO CARLOS VICENTE  
Noticiante



Procedimento Policial: 00177.01.2019.1.05.014







**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE SANTA RITA/PB**

**Processo: 08011218120218150331**

**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 **ANTONIO CARLOS VICENTE**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Nota-se que o i. perito utilizou 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 fixada o quantum indenizatório.

Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

SANTA RITA, 17 de outubro de 2023.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**



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

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2023 09:33:03  
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101909330286600000076108509>  
Número do documento: 23101909330286600000076108509

Num. 80876906 - Pág. 2

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/10/2023 09:33:03  
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23101909330286600000076108509>  
Número do documento: 23101909330286600000076108509