



Número: **0801549-48.2016.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **09/08/2016**

Valor da causa: **R\$ 20.197,86**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO (AUTOR)</b>	<b>ROBERTA LIMA ONOFRE (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>
<b>GRANDBERG SERVICOS AUXILIARES DO SEGURO LTDA - EPP (REU)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44419 398	11/06/2021 20:00	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
44419 649	11/06/2021 20:00	<a href="#"><u>2558861_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_03</u></a>	Outros Documentos
44419 650	11/06/2021 20:00	<a href="#"><u>2558861_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_Anexo_01</u></a>	Outros Documentos
44419 651	11/06/2021 20:00	<a href="#"><u>2558861_JUNTADA_DE_DOCS_03</u></a>	Outros Documentos
44409 376	11/06/2021 15:36	<a href="#"><u>ROL DE QUESITOS</u></a>	Outros Documentos
44409 380	11/06/2021 15:36	<a href="#"><u>ROL DE QUESITOS DPVAT - SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2021 20:00:29  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061120002760300000042229793>  
Número do documento: 21061120002760300000042229793

Num. 44419398 - Pág. 1



Nº DA PARCELA		DATA DO DEPÓSITO	AGÊNCIA (PREF / DV)	Nº DA CONTA JUDICIAL
0		14/10/2019	944	1000112658244
DATA DA GUIA	Nº DA GUIA	Nº DO PROCESSO	TRIBUNAL	TIPO DE JUSTIÇA
11/10/2019	2558861	08015494820168150231	TRIBUNAL DE JUSTICA	ESTADUAL
COMARCA	ORGÃO/VARA	DEPOSITANTE	VALOR DO DEPÓSITO (R\$)	
MAMANGUAPE	2 VARA CIVEL	RÉU	200,00	
NOME DO RÉU/IMPETRADO		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
		Jurídico		
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO		Física	85480835491	
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA				
DD58EB01226A938C				
CÓDIGO DE BARRAS				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2021 20:00:30  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061120002923600000042229794>  
Número do documento: 21061120002923600000042229794

Num. 44419649 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2017

Carta n°: 11116002

A/C: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170308270 ASL-0216247/17  
Vitima: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO  
Data Acidente: 20/07/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **05/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **20/07/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página
- Comprovação de ato declaratório faltando página

Pag. 01371/01372 - carta\_03



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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 08 de Junho de 2017

Carta nº: 11116543

A/C: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170308270 ASL-0216247/17

**Vitima:** SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO  
**Data Acidente:** 20/07/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



---

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2017

Carta n°: 11325731

A/C: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170308270 ASL-0216247/17  
Vitima: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO  
Data Acidente: 20/07/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **11/07/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **20/07/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório faltando página



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

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



---

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2017

Carta nº: 11921541

A/C: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

Sinistro: 3170308270 ASL-0216247/17  
Vítima: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO  
Data Acidente: 20/07/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO**

Nº Sinistro: **3170308270**  
Vitima: **SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO**  
Data do Acidente: **20/07/2014**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3170308270**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **20/07/2014**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00379/00380 - carta\_04 - INVALIDEZ

0060190  


Carta nº 12057211





Seguradora Líder • DPVAT

---

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2014

Carta n°: 5343116

A/C: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

Sinistro: 2014857198  
Vitima: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO  
Data Acidente: 20/07/2014  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **07/10/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **20/07/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 01355/01356 - carta\_03



Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

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

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2021 20:00:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061120003030900000042229795>  
Número do documento: 21061120003030900000042229795

Num. 44419650 - Pág. 6



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO - SEGURO DPVAT -

Nº DO SINISTRO:

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro Dpvat, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Severino Gomes Monteiro Filho,  
PORTADOR / A DO RG Nº 1594608 EXPEDIDO POR SSP-PBEM 11/10/1990  
CPF 85480835491, RENDIMENTO R\$ 100,00 E PROFISSÃO Recluso  
E RENDA MENSAL DE R\$ 100,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR REFERENTE À  
INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT Severino Gomes Monteiro Filho  
AUTORIZO A SEGURADORA **MBM** DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA  
ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)

Nº BANCO \_\_\_\_\_ Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ Nº CORRENTE \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ Nº CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ Nº CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA \_\_\_\_\_ Nº CONTA-POUPANÇA \_\_\_\_\_

07 OUT. 2014

CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA 0044 Nº CONTA-POUPANÇA 56179-9

DATA

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCritas, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL Mamanguape - PB. DATA 19/09/2014

ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A Severino Gomes Monteiro Filho

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante: indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tornando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados – Susep).
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvtseguro.com.br](http://www.dpvtseguro.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.
- A Circular Susep nº 380/08, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA

0014\*

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, **Severino Gomes Monteiro Filho**, PORTADORA(D) DO RG Nº **1.594.608**, EXPEDIDO POR **SSP/PB**, EM **11/10/1990**, E RENDA MENSAL DE R\$ **-**, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REIMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA **Severino G. M. Filho**, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Económica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima invalido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)  
Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

MBM SEGURADORA

11 JUL 2017

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADFISCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)  
Nº do BANCO **001** Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) **0944-6** Nº da CONTA (com dígito, se existir) **9.968-6**

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

**Rio Tinto** 28 de **julho** de 2017 - **Severino Gomes Monteiro F**  
LOCAL E DATA  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ! ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.  
Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvtsegurodotransito.com.br](http://www.dpvtsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



05/06/2017 - BANCO DO BRASIL - 10:36:02  
094413458 0073  
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA  
EM DINHEIRO

CLIENTE: SEVERINO G MONTEIRO FH  
AGENCIA: 0944-X CONTA: 9.906 6 VAR:51  
DATA 05/06/2017  
NR. DOCUMENTO 9.441.345.800.073  
VALOR DINHEIRO 0,25  
VALOR TOTAL 0,25  
NR.AUTENTICACAO 2.BB5.DF6.9C5.DCE.FDD

Creditos a partir de 04 05 2012 estao  
disciplinados pela lei 12.700.

LEIA NO VERSO COMO CONSERVAR ESTE DOCUMENTO,  
ENTRE OUTRAS INFORMACOES,

MBM SEGURADORA  
11 JUL 2017





SECRETARIA DE ESTADO E DA DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
1<sup>a</sup> SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
7<sup>a</sup> DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE-PB  
Telefone: 3292-2604



Natureza: acidente de transito Em: Rio Tinto-PB

*Certidão nº 2.113/2014*

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento Verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório Policial o livro de Registro de Ocorrência nº 05/2014, Ocorrência Policial 2.113/2014, cujo teor passo a transcrever na íntegra: Aos dezenove (19) dias do mês de setembro (09) do ano de dois mil e quatorze (2014), nesta cidade de Mamanguape e na Delegacia de Polícia Civil, onde presente se encontrava a Autoridade Policial, Del. Pol. MARCOS PAULO SALES DE CASTRO, comigo, Escrivão, no final declarado e assinado, às 09:20 h, compareceu: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO, brasileiro, solteiro, 42 anos de idade, nascido(a) em: 24/07/1972, natural de Mamanguape-PB, filho(a) de Severino Gomes Monteiro e de Maria de Lourdes Francisca da Conceição, Ensino Fundamental Incompleto, agricultor, RG.: 1.594.608 SSP/PB, CPF.: , Residente no(a): Sítio Maracujá, s/nº, Zona Rural, Rio Tinto/PB. telefone: (83). O(a) qual fez o seguinte registro: QUE no dia 20 de julho de 2014, por volta das 19:30h quando estava na PB na saída do município de Rio Tinto em direção a Mamanguape/PB, sofreu acidente de trânsito quando estava em sua bicicleta e um mototaxista colidiu com este próximo a loja de ZITO automóveis, QUE o piloto da moto não socorreu o noticiante e evadiu-se do local, portanto não sabe informar nada a respeito do piloto da moto e da respectiva motocicleta, QUE o noticiante foi socorrido pelo SAMU e levado ao Hospital de Emergência e Trauma em João Pessoa-PB, QUE o noticiante sofreu atropelamento dando entrada no Hospital queixando-se de dores na região frontal, recebendo alta hospitalar no dia seguinte ao acidente. Era o que havia para certificar. Ciente das implicações legais contidas no artigo 299 (falsidade ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. Eu, Escrivão de Polícia Civil, lavrei a presente e digitei. O referido é verdade de dou fé.

Mamanguape, 19 de setembro de 2014.

Frederico Figueiredo Brito da Silva

APC

Mat.: 156.567-2

07 OUT. 2014

1.º OFÍCIO  
CARTÓRIO SILVA RAMOS

AUTENTICAÇÃO  
Autentico a presente reprodução do original que  
me foi exibido. Dou fé.

Mamanguape(PB) 19 de 09 de 2014

*Andrea Bear*

*Teresa Ramos Lima - Técnica Oficial do Registro*  
*Selo Digital AAH52114-0N81-C-10246*

Notificante: Severino gomes monteiro filho





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Severino Gomes Monteiro Filho,  
portador da carteira de identidade nº 1594608 e inscrito no CPF/MF sob o  
nº 854808354-91, residente e domiciliado na Sit. Soleme  
S/N

Cidade Rio Tinto, Estado Paraíba, declaro, sob  
as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico  
Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº  
6.194/74), uma vez que:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou  
 ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não  
realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou  
 ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza  
perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

07 OUT. 2011

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia  
não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito  
de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Severino Gomes Monteiro Filho  
Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Mamanguape - PB . 19/09/2014  
Local e data





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIREÇÃO TÉCNICA

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	Severino Gomes Monteiro Filho
DATA DE NASCIMENTO	24/07/72
NOME DA MÃE	Maria de Lourdes Francisca da Conceição

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	770521
DATA DO ATENDIMENTO	20/07/14
HORA DO ATENDIMENTO	20:59
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de bicicleta (moto x bicicleta)
DIAGNÓSTICO (S)	ferimento em região frontal
CID 10	S01.8

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, Trazido pelo SAMU,vítima de atropelamento,hálito etílico,queixa de dor em região frontal,apresenta ferimento contuso em região frontal,glasgow 15. Avaliado pela Cirurgia Geral,Neurocirurgia.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio. RX coluna cervical,tórax,bacia.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

TC:normal. RX:normal

### TRATAMENTO:

1º atendimento + sutura

ALTA HOSPITALAR: 21/07/14  
DATA DA EMISSÃO: 13/09/14

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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

MBM SEGURADORA

25 OUT 2017





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Servino Gomes Monteiro Filho,

portador(a) do RG nº 1594608 e CPF nº 854808354-91  
SSP-PB Em 111011990

Declaro que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sit. Salema</u>
Número	<u>S/N</u>
Aptº / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>— Área Rural</u>
Cidade	<u>Rio Tinto</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58290-000</u>
Telefone de contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

07 OUT. 2011

Local e Data: Mamanguape / PB, 19/09/2014.

Declaro que as informações acima descritas são verdadeiras, na forma do Art.1º da Lei 7.115, de 29 de agosto de 1983, Art.3º do mesmo diploma; estou ciente da responsabilidade da presente declaração, inclusive das sanções do Art. 299 do Código Penal Brasileiro.

x servino gomes Monteiro Filho

Assinatura do Declarante



SEVERINO GOMES MONTEIRO  
SIT SALEMA S/N  
RIO TINTO / PB (AG: 14)

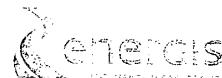
Cidade: RESIDENCIAL Monofásica  
Roleiro: 13-256-814-1120  
Nº do Medidor: 00008094048

0  
Referência: OUT/2011  
Emissão: 25/10/2011

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-6  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.015.821

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica  
Nº 811047

1406



Identificador para Débito Automático: 00004216099

CDG - CODIGO DO CONSUMIDOR

5/421609-9

Mai Centro Rio Tinto PB  
00.41 01/11/2011 15:26  
TERM 000689 AGENTE 700251 AUTE 85120

220

201

231

Energisa Paraíba  
VALOR R\$ 11,82

83660000000-1 11820054000-3  
04216092011-4 10302560019-0

gás, DNI/C outorgado,  
já adim da particula  
em a qualquer tempo.

AUTENTICACAO  
SEVERINO90123099135780287358901234579813

3/10/2011

SIT SALEMA S/N

RECOBRO RECIBO DE PAGAMENTO

23/11/2011

RIO TINTO  
CNPJ/CPF 64683842491

SET/2011 17  
AGO/2011 22  
JUL/2011 31  
JUN/2011 40  
MAI/2011 62  
ABR/2011 53  
MAR/2011 58  
FEV/2011 53  
JAN/2011 55  
DEZ/2010 59  
NOV/2010 53  
OUT/2010 47

FATURAS  
VENCIDAS ATÉ DIA  
20/10/2011 PAGAS.  
OBRIGADO!

Valor (R\$)
22/09/11 845 24/10/11 868 1 23 32
FORNECIMENTO DE ENERGIA
CUSTO DE DISPONIBILIDADE 11,26
IMPOSTOS / ENCARGOS
PIS: 0,10
COFINS: 0,46
ICMS (ISENTO)

MÉDIA DOS ÚLTIMOS MESES. 46 KWH

Composição do valor total da sua conta

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO DA ENERGISAPB	5,27	44,58
COMPRA DE ENERGIA	4,28	36,21
SERVIÇO DE TRANSMISSÃO	0,59	4,99
ENCARGOS SETORIAIS	1,12	9,48
IMPOSTOS DIRETOS E ENCARGOS	0,56	4,74
OUTROS SERVIÇOS	0,00	0,00
TOTAL	11,82	100,00

- Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição (Ref 08/2011): R\$ 2,29

ATENÇÃO  
Reaj. Tarifa Vig.28/08/11-Res.ANEEL 1.191 - Rej. Médio: Grupo B=7,59% | Grupo A=6,43%  
- LEITURA CONFIRMADA

07 OUT. 2011

VENCIMENTO

07/11/2011

R\$ 11,82





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIREÇÃO TÉCNICA

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Severino Gomes Monteiro Filho

DATA DE NASCIMENTO 24/07/72

NOME DA MÃE Maria de Lourdes Francisca da Conceição

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 770521

DATA DO ATENDIMENTO 20/07/14

HORA DO ATENDIMENTO 20:59

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de bicicleta (moto x bicicleta)

DIAGNÓSTICO (S) ferimento em região frontal

CID 10 S01.8

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, Trazido pelo SAMU, vítima de atropelamento, hálito etílico, queixa de dor em região frontal, apresenta ferimento contuso em região frontal, glasgow 15. Avaliado pela Cirurgia Geral, Neurocirurgia.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio. RX coluna cervical, tórax, bacia.

### RESULTADOS DOS EXAMES:

TC: normal. RX: normal

07 OUT. 2014

### TRATAMENTO:

1º atendimento + sutura

ALTA HOSPITALAR: 21/07/14  
DATA DA EMISSÃO: 13/09/14

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce  
CRM: 3323/PB

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



Programas  
PESQUISAR PACIENTE

Pesquisar

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Histórico de atendimentos</li> <li>• DADOS DO PACIENTE</li> <li>• Dados da Residência</li> <li>• Prontuários Anteriores</li> </ul>	Data Início: 2009/01/01 00:00:00 Número de pulseira: 2607306 Nome:  Data Fim: 21/07/2014 11:44:32 Classificação de risco: PERIGOSA
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Reimprimir Boletim de Emergência  
Total de registros: 7

Data e Hora Prevista	Descrição	Evento	Usuário	Ação
20/07/2014 21:02:06	PULSEIRA NUMERO 2607306 ASSOCIADA AO PACIENTE.	ASSOCIAÇÃO DE PULSEIRA	JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA	
20/07/2014 21:02:06	NOVO BOLETIM DE EMERGENCIA NUMERO: 770521	NOVO BOLETIM DE EMERGENCIA	JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA	
21/07/2014 11:44:32	BOLETIM DE EMERGENCIA ATUALIZADO	ATUALIZAR BOLETIM EMERGENCIA		
21/07/2014 11:44:32	EVENTO NUMERO: 280189, MOTIVO ALTA HOSPITALAR	BAIXAR BOLETIM EMERGENCIA	BRUNO MARCIO VIANA DA SILVA	
21/07/2014 12:13:34	BOLETIM DE EMERGENCIA ATUALIZADO	ATUALIZAR BOLETIM EMERGENCIA		
21/07/2014 12:13:34	EVENTO NUMERO: 280220 MOTIVO ALTA MEDICA	BAIXAR BOLETIM EMERGENCIA	IZABEL AMELIA BARBALHO PORPINO RAMALHO	
21/07/2014 12:19:29	RECEPCÃO PRINCIPAL ENVIA BE PARA CDI	RECEPÇÃO PRINCIPAL ENVIA BE PARA CDI	IZABEL AMELIA BARBALHO PORPINO RAMALHO	

Último Prontuário: 82487

Nome: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

Sexo: Masculino

Data de nascimento: 24/07/1972

Idade: 42 ANOS

Número Prontuário: 0

Raça / Cor: Parda

Etnia indígena: SELECIONE

Religião: NAO INFORMADA

Escolaridade: ANALFABETO

Estado civil: SOLTEIRO(A)

Conjuge

Tipo documento: NAO INFORMADO

Número documento:

CNS: 898004182313404

Registro:

País de origem: BRASIL

Naturalidade: MAMANGUAPE

Situacao empregatícia: SELECIONE

CEB/R:

Mãe: MARIA DE LOURDES DA CONCEICAO

07 OUT. 2011

Pai: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

Email:

CEP: 58297000

Município de residência: RIO TINTO

Tipo logradouro: SITIO

Logradouro: SITIO MARACUJA

Número: SN

Complemento:

Bairro: ZONA RURAL

Unidade mais próxima:

DDD Móvel:

Fone Móvel: 32922266

DDD Fixo:

Fone Fixo:

Limpar dados da residência

Sistema: SELECIONE

Prontuário:

Data:

Salvar:

Total de registros: 0





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL DATA DE EXPEDIÇÃO 11 OUT 1990  
NOME SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO  
Severino Gomes Monteiro  
FILHOS Maria de Lourdes Francisca da Conceição  
Lamanguape - PB 24/07/1972  
NACIONALIDADE DATA DE NASCIMENTO  
DOC. ORIGEM Cert.Nasc. nº 7209, pag 121, liv. nº A-10, Cart. Itapororoca - PB  
CPE José Pedro Soares  
ASSINATURA DO DIRETOR  
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS, SERVIÇO OBRIGATÓRIO NOS CASOS ELEGIBILMENTE DETERMINADOS.

A DECLARAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PROCURE A UNIDADE DA UFF DA SECRETARIA FEDERAL DE RECEITA FEDERAL.

CARIMBO DO AGENTE EMISSOR

**F 001/2579-7**

28 AGO 1990

BANCO DO BRASIL  
RIO TINTO - PB  
42.000/8159

*Jose Gomes Sobrinho*  
Mat. 31158-X

HOMOLOGAÇÃO ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO

PROVADO POR INSTRUÇÃO NORMATIVA DO SRF

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL  
SERVIÇO DE AUTOMATIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES  
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL  
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Documentos de identificação  
CPI 0012

NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CPF  
**854808354-91**

NOME COMPLETO  
**SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO**

NASCIMENTO  
**24.07.72**

ASSINATURA

TERÁ VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGADODIRETO

*Severino Gomes Monteiro Filho*

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA JUSTIÇA ELEITORAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR  
**SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO**

DATA DE NASCIMENTO  
**24/07/1972**

MUNICÍPIO / UF  
**RIO TINTO**

DATA DE INSCRIÇÃO  
**18/05/85**

ZONA  
**055**

SEÇÃO  
**0138**

JUÍZ DE ELEIÇÕES  
*Eduardo José de Carvalho Soares*

DATA DE EMISSÃO  
**10/12/93**

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA JUSTIÇA ELEITORAL

VIT  
9/0

07 OUT. 2011



Nº do Sinistro

Nº do Protocolo

**QUALIFICAÇÃO DO EVENTO**

Data do Acidente 20.06.2014 Vítima

CPF 854808354-91

→ relatório de óbito

→ Acompanhante da vítima + declarante Seguro Obrigatório Dpvat - Protocolo de Recepção de Documentos

15/557-24

**INVALIDEZ PERMANENTE**

Severino Gomes Monteiro Filho

Seguradora \_\_\_\_\_

**QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE**

Nome Severino Gomes Monteiro Filho  Vítima  Representante Legal

Endereço para Correspondência Sítio Salmão

nº SIN Complemento CASA Bairro Área Rural

Cidade Rio Tinto UF PB CEP 58297-000 Telefone para contato \_\_\_\_\_



\*0029\*

Preencha com  para documentação entregue

Preencha com  para documentação faltante

**TIPO DE DOCUMENTO**

**DOCUMENTOS BÁSICOS**

- Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial
- Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima
- CPF da vítima
- Comprovante de residência da vítima
- Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo)

Em caso de vítima com até 16 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal.

**DOCUMENTOS DA VÍTIMA** - BAM

- Laudo do Instituto Médico Legal - IML, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima
- Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localidade do evento
- Termo de Curatela, no caso de alienação mental
- Alvará Judicial (se for o caso)

07 OUT. 2011

**REPRESENTANTE LEGAL - se houver**

- Procuração
- Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador
- CPF
- Comprovante de residência

**ATENÇÃO**

- O processo de avaliação sobre o pagamento da Indenização ou reembolso ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos e desde que eles estejam em conformidade com a legislação vigente, quando iniciará o prazo para pagamento da indenização, que é de até 30 dias.
- Se outros documentos forem solicitados, o prazo de 30 dias - previsto para pagamento - será interrompido.

**POR TADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE**

Data 19/09/2014

Nome Severino Gomes M F

Identidade 1.594.608

**RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA**

Documentação recebida sem conferência

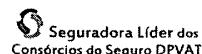
Data \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_



**PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS**



**SINISTRO**

Número do Sinistro: 2014857198

ff2  
656090

07/10/14

**QUALIFICAÇÃO DO EVENTO**

Vítima: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

Data do

Acidente: 20/07/2014

CPF: 854.808.354-91

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

**DOCUMENTOS DO SINISTRO**

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Dispensado		
Documentação médica-hospitalar	Não Conforme	Não conclusivo	Original ou Cópia de qualquer documento médico (assinado e carimbado), informando a debilidade permanente adquirida pela vítima em decorrência do acidente
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Dispensado		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Entregue		

**DOCUMENTOS DAS PESSOAS**

Documento	Status	Motivo	Comentário
<b>BENEFICIÁRIO - SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO</b>			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Não Conforme	Não conclusivo	Comprovante bancário
Comprovante de residência	Entregue		

**ATENÇÃO:**

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-02221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

**Portador da documentação entregue**

Data: 07/10/2014

Nome: correios

CPF:

correios

**Responsável pelo recebimento na seguradora**

Data: 07/10/2014 10:20

Nome: Andria Aparecida Starick Marques

CPF: 020.885.287-50

Andria Aparecida Starick Marques

de 1

07/10/2014 12:11



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170308270      **Cidade:** Mamanguape      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO GOMES MONTEIRO      **Data do acidente:** 20/07/2014      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/12/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** Ferimento corto contuso em região frontal

**Resultados terapêuticos:** Resolução completa, sem evidência de limitação insusceptível a terapêutica ou mecanismo de trauma que acarrete prejuízo funcional parcial/total a vítima.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Segundo a documentação médica disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

### 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

### PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** CARLOS MIRANDA CHAGAS

**CRM do médico:** 52.34765-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2021 20:00:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061120003030900000042229795>  
Número do documento: 21061120003030900000042229795

Num. 44419650 - Pág. 20

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170308270      **Cidade:** Mamanguape      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO GOMES MONTEIRO      **Data do acidente:** 20/07/2014      **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/12/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** Ferimento corto contuso em região frontal

**Resultados terapêuticos:** Resolução completa, sem evidência de limitação insusceptível a terapêutica ou mecanismo de trauma que acarrete prejuízo funcional parcial/total a vítima.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** Segundo a documentação médica disponível não há lesões e/ou sequelas indenizáveis nos moldes previstos pela legislação vigente.

### 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

### PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

**Nome do médico:** CARLOS MIRANDA CHAGAS

**CRM do médico:** 52.34765-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2021 20:00:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061120003030900000042229795>  
Número do documento: 21061120003030900000042229795

Num. 44419650 - Pág. 21



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - CJUS DA COMARCA DE MAMANGUAPE/PB**

Processo n.º 08015494820168150231

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do **RECIBO DE PAGAMENTO** em anexo, com fito de **comprovar o pagamento dos honorários do perito nomeado pelo Juízo**.

Termo em que,  
Pede Juntada.

MAMANGUAPE, 9 de junho 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.joaobarbosaaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2021 20:00:36  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061120003545100000042229796>  
Número do documento: 21061120003545100000042229796

Num. 44419651 - Pág. 1

EM ANEXO.



Assinado eletronicamente por: ROBERTA LIMA ONOFRE - 11/06/2021 15:36:53  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061115365199400000042220582>  
Número do documento: 21061115365199400000042220582

Num. 44409376 - Pág. 1



EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 2º VARA MISTA  
DE MAMANGUAPE - PB

AUTOS Nº 0801549-48.2016.8.15.0231

**SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO**, já qualificado nos autos do processo identificado em epígrafe, em que contende com **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A**, igualmente qualificado, vem, por meio de sua advogada infra firmada e legalmente constituída, respeitosamente, apresentar seu

**ROL DE QUESITOS**

à serem apreciados e respondidos pelo(a) perito(a) nomeado(a) pelo MM. Juízo, o que faz da seguinte forma:

1. Quais os tipos das lesões sofridas pelo Autor em decorrência do acidente de trânsito mencionado na petição inicial?
2. Existem lesões remanescentes no Autor após o acidente?
3. Queira o Sr. Perito esclarecer se as lesões são de caráter temporário ou definitivo.
4. Houve perda da força, mobilidade, flexibilidade ou outra limitação em virtude da lesão sofrida no acidente? Favor especificar as mesmas e o grau de perda.
5. Das lesões identificadas, quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros afetados.
6. Qual foi o tratamento médico aplicado ao Autor? Quanto tempo durou tal tratamento? Houve a necessidade de cirurgia?





7. Havendo sequelas, existe tratamento para corrigi-la(s) ou atenuá-la(s)?

Se sim, qual(is) o(s) tratamento(s) recomendado(s) para corrigi-la(s) ou atenuá-la(s)? Qual(is) seu(s) custo(s) médico(s)?

8. As sequelas são crônicas e irreversíveis?

9. Há debilidade permanente em algum membro do corpo?

10. Qual o percentual da perda funcional da parte autora em face da (s) lesão (es) ocasionada (s) em decorrência do sinistro?

11. Se necessário prestar outras informações que o caso requeira e sejam pertinentes à solução da lide.

Nestes termos,

Pede deferimento.

João Pessoa/PB, 11 de junho de 2021.

**ROBERTA ONOFRE RAMOS**

**OAB/PB 13.425**

