



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
SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO (AUTOR)	ROBERTA LIMA ONOFRE (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
GRANDBERG SERVICOS AUXILIARES DO SEGURO LTDA - EPP (REU)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44419 398	11/06/2021 20:00	<u>Petição</u>	Petição
44419 649	11/06/2021 20:00	<u>2558861_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_03</u>	Outros Documentos
44419 650	11/06/2021 20:00	<u>2558861_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_Anexo_01</u>	Outros Documentos
44419 651	11/06/2021 20:00	<u>2558861_JUNTADA_DE_DOCS_03</u>	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				



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

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.

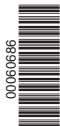
NÃO PERCA TEMPO!

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.

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, 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, 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.

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.

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





Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2014

Carta nº: 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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, RENDA MENSAL DE R\$ Reais 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

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 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 / REEMBOLSO 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 Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima invalido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL 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 POUPANÇA (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 DESCRISSAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Rio Tinto, 28 de Junho 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 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



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. 9



SECRETARIA DE ESTADO E DA DEFESA SOCIAL
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL
1^a SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
7^a 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

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
SIN

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. 19/09/2011
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, Severino 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.

Severino Gomes Monteiro Filho

Assinatura do Declarante



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

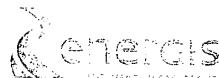
Classe: RESIDENCIAL Monofásica
Roleiro: 13-256-814-1120
Nº do Medidor: 00008094048

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 DE CONSUMO

5/421609-9

MAI 2011
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,
índice das partidas
e, e quando 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!

AVISO IMPORTANTE

A Lei 12.212/2010 alterou os critérios de classificação e de concessão do benefício da Tarifa Social de Energia Elétrica (Baixa Renda). Se algum integrante da sua residência for cadastrado em qualquer programa social do Governo Federal, entre em contato com a Energisa através do telefone 0800 083 0196 para saber como se cadastrar. Você poderá usufruir de um desconto de até 65% na sua fatura.

22/09/11 845 24/10/11 868 1 23 32

Valor (R\$)

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

VENIMENTO

07/11/2011

R\$ 11,82

VALOR PAGAR



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. 14



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

ROBERTO PEREIRA [ADMINISTRATIVA]

PESQUISAR PACIENTE

Pesquisar

- Historico de atendimentos
- DADOS DO PACIENTE**
- Dados da Residência
- Prontuários Anteriores

Data Início:
2009/01/01 00:00:00
Número de pulseira:
2607306
Lote:

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	RECEPÇÃO 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 empregatice: SELECIONE CBO/R:

Mãe: MARIA DE LOURDES DA CONCEICAO

Pai: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

07 OUT. 2011

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





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA

INSTITUTO DE POLICIAS MILITARES

DEPARTAMENTO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

NOME: 1 5 9 4 6 0 8

DATA DE EXPEDICAO: 11 OUT 1990

SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

Severino Gomes Monteiro

FILHO

Maria de Lourdes Francisca da Conceição

Manaus - PB

24/07/1972

NACIONAL

DOC. ORIGEM: Cert.Nasc.º 7209, pag. 121, liv.º 3

A-10, Cart. Itapororoca - PB

CPF: 854 808 354-91

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

VALIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

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

A DECLARAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTARIA, PROCIRE A UNIDADE FEDERATIVA DA SECRETARIA FEDERAL.

CARIMBO DO AGENTE EMISSOR

001/2579-7

28 AGO 1990

BANCO DO BRASIL

RIO TINTO - PB

42.000/8159

Jose Gomes Sobrinho

Mal. 311, s/n

HOME: MATRÍCULA E ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELA EMISSÃO

PROVADO POR INSTRUÇÃO NORMATIVA DO SRF

MINISTÉRIO DA FAZENDA

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

Documentos de Identificação

SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

0012

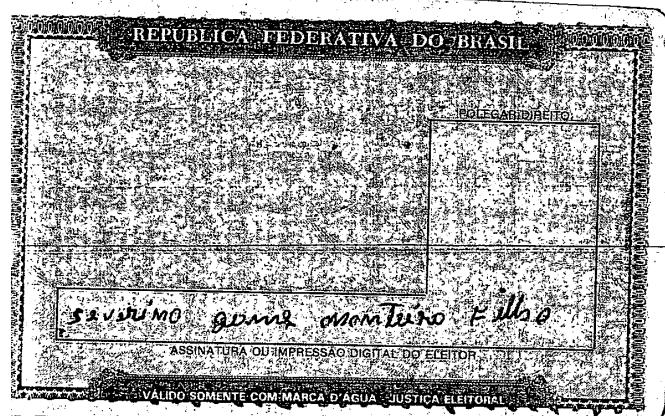
NUMERO DE INSCRIÇÃO NO CPF: 854 808 354-91

ASSINATURA

NOME COMPLETO: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

NASCIMENTO: 24.07.72

TERÁ VALIDADE SOMENTE COM A APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO DE IDENTIDADE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

DATA DE NASCIMENTO: 24/07/1972

DATA DE INSCRIÇÃO: 18/05/82

ZONA: 055

SEÇÃO: 013

MUNICÍPIO / UF: RIO TINTO / PB

DATA DE EMISSÃO: 10/12/93

JUÍZ DE ELEIÇÕES: Eduardo José de Carvalho Soares

VALIDO 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
→ apropriação de propriedade + declaração

Seguro Obrigatório Dpvat - Protocolo de Recepção de Documentos

5/557-24

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  Outros _____

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

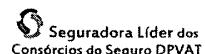
Data _____

Nome _____

Identidade _____



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



SINISTRO

Número do Sinistro: 2014857198

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

ff2
656090
09/10/14

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
BENEFICIÁRIO - SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO			
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 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: Andrea Aparecida Starick Marques

CPF: 020.885.287-50

Andrea 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:



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:





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.joaoarbosaadvass.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