



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
44419398	11/06/2021 20:00	<a href="#">Petição</a>	Petição
44419649	11/06/2021 20:00	<a href="#">2558861_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_03</a>	Outros Documentos
44419650	11/06/2021 20:00	<a href="#">2558861_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_Anexo_01</a>	Outros Documentos
44419651	11/06/2021 20:00	<a href="#">2558861_JUNTADA_DE_DOCS_03</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





N° DA PARCELA		DATA DO DEPÓSITO	AGÊNCIA (PREF / DV)	N° DA CONTA JUDICIAL
0		14/10/2019	944	1000112658244
DATA DA GUIA	N° DA GUIA	N° DO PROCESSO	TRIBUNAL	TIPO DE JUSTIÇA
11/10/2019	2558861	08015494820168150231	TRIBUNAL DE JUSTICA	
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 nº: 11116002

A/C: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

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

Vítima: 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](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01371/01372 - carta\_03



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 início 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**

Pag. 01347/01348 - carta\_01



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2017

Carta nº: 11325731

A/C: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

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

Vítima: 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**

Pag. 00769/00770 - carta\_03



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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00983/00994 - carta\_02



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

Nº Sinistro: 3170308270

Vítima: 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



Carta nº 12057211







Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Outubro de 2014

Carta nº: 5343116

A/C: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO

Sinistro: 2014857198  
Vítima: 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

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

Pag. 01355/01356 - carta\_03





## 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-PB EM 11/10/1990  
CPF 85480835491, ROFISSÃO Recusou  
E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou 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 \_\_\_\_\_

☒ 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 seqüelas 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, tomando 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.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.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

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA



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, Suelino Gomes Monteiro Filho  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 1.594.608 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 11/10/1990  
 CPF 85480835491 /CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Agricultor  
 E RENDA MENSAL DE R\$ - ( ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Suelino 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 inválido 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 \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) **11 JUL 2017**

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 001 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0944-x N° 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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Rio Tinto 28 de junho de 2017 - Suelino Gomes Monteiro Filho  
 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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.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: 9.306 6 VAR:01  
=====

DATA	05/06/2017
NR. DOCUMENTO	9.441.345.000.073
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 12.703.

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  
1ª SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
7ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE-PB  
Telefone: 3292-2604




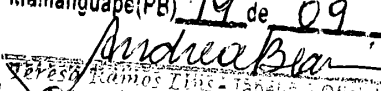
Natureza: acidente de transito Em: Rio Tinto-PB

## 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 e dou fé.

Mamanguape, 19 de setembro de 2014.

  
Frederico Figueiredo Brito da Silva  
APC  
Mat.: 156.567-2

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

07-09-2014

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. Solemea

SN

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. 2014

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 cortor-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 11/10/1990

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>51N</u>
Aptº / Complemento	<u>CDSA</u>
Bairro	<u>— Área Rural</u>
Cidade	<u>Rio Tinto</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58294-000</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)

Cltse: RESIDENCIAL Monofásica  
Roteiro: 13-256-814-1120  
Nº do Medidor: 00008094048

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

ENERGISA PARAIBA - 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

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/421609-9

PRIMEIRO CENTRO RIO TINTO RD  
V0.41 01/11/2011 15:26  
TERM 000689 AGENTE 700251 AUTE 05120

Energisa Paraíba  
VALOR R\$ 11.82

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

AUTENTICAÇÃO

SEVERINO 00123099135780287358901234579813

SIT SALEMA S/N

RIO TINTO  
CNPJ/CPF 64683642491

23/11/2011

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!

MÉDIA DOS ÚLTIMOS MESES. 46 KWh

Composição do valor total da sua conta

DISCRIMINAÇÃO	VALOR (R\$)	%
SERVIÇO DE DISTRIBUIÇÃO DA ENERGISA/PB	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 - Reaj. Médio: Grupo B=7,59% | Grupo A=6,43%  
- LEITURA CONFIRMADA

#### 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)

07 OUT. 2011

VENCIMENTO

07/11/2011

TOTAL A PAGAR

R\$ 11,82



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 cortor-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**

ROBERTO PEREIRA [ADMINISTRATIVA]



Pesquisar

- Histórico de atendimentos
- **DADOS DO PACIENTE**
- Dados de Residência
- Prontuários Anteriores

Data Entrada  
2007/07/21 20:00:00  
Número de Pulseira  
2607306  
Lote

Data Recebido  
21/07/2014 11:47:53  
Classificação de risco  
VERMELHA

Reimprimir Boletim de Emergência  
Total de registros: 7

Data e Hora Prevista	Descrição	Evento	Usuário	Ação
20/07/2014 21:02:00	PULSEIRA NUMERO 2607306 ASSOCIADA AO PACIENTE.	ASSOCIACAO DE PULSEIRA	JOSE MARCIO BATISTA DA SILVA	
20/07/2014 21:02:00	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 12:15:25	RECEPCÃO PRINCIPAL ENVIA BE PARA CDI	RECEPCÃO PRINCIPAL ENVIA BE PARA CDI	IZABEL AMELIA BARBALHO PORPINO RAMALHO	

Último Prontuário: 82467

**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**

**Pais de origem** BRASIL **Naturalidade** MAMANGUAPE

**Situação empregatícia** SELECIONE **CSCVR**

**Mãe** MARIA DE LOURDES DA CONCEICAO**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** 32922256**DDD Fixo****Fone Fixo**

Limpar dados da residência

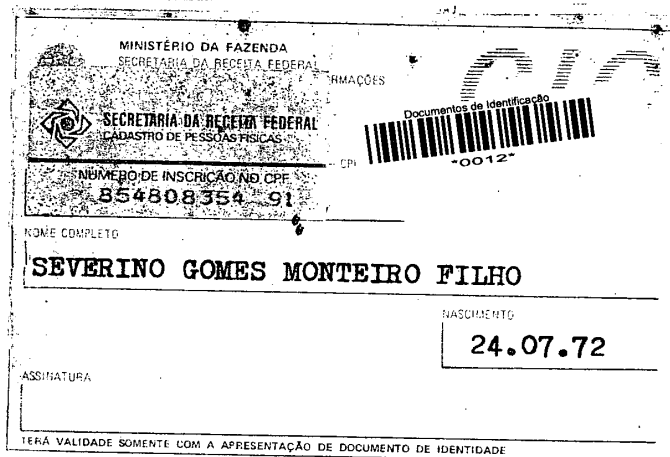
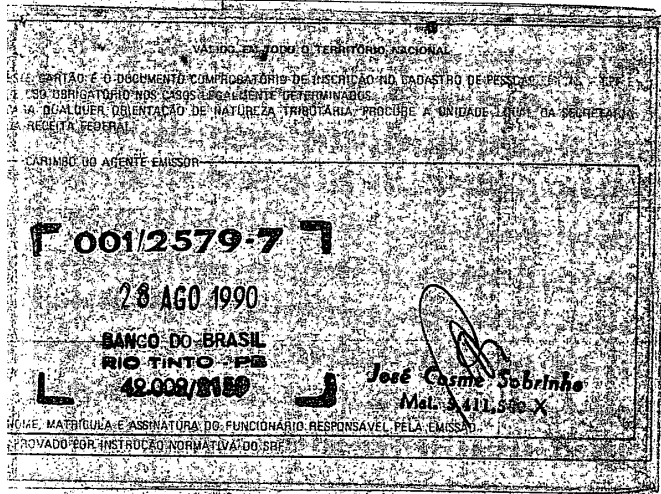
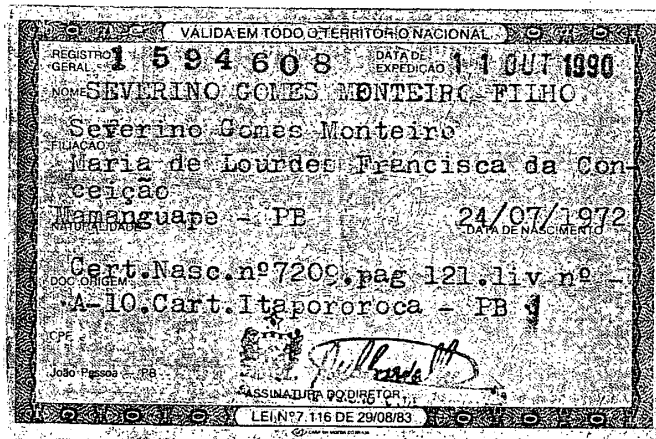
**Sistema** SELECIONE**Prontuário****Data**

Salvar

Total de registros: 0

Data Sistema Prontuário





VIT  
20

07 OUT. 2001



Nº do Sinistro

Nº do Protocolo

Seguro Obrigatório Dpvt - Protocolo de Recepção de Documentos

INVALIDEZ PERMANENTE

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Data do Acidente

CPF

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome

Endereço para Correspondência

nº

Complemento

Bairro

Cidade

UF

CEP

Telefone para contato

Preencha com x 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

- ☒ 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
- ☐ Termino de Curatela, no caso de alienação mental
- ☐ Alvará Judicial (se for o caso)

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.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data

Nome

Identidade

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Documentação recebida sem conferência

Data

Nome

Identidade



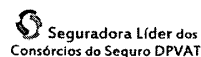
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2021 20:00:31

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061120003030900000042229795>

Número do documento: 21061120003030900000042229795

Num. 44419650 - Pág. 18

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



SINISTRO

Número do Sinistro: 2014857198

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO  
CPF: 854.808.354-91 CPF de: Próprio Titular do CPF: SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO  
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do Acidente: 20/07/2014

ff2  
656090  
07/10/14

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 médico-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		
Lauda 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 0800-0221204.

- 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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170308270 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO GOMES MONTEIRO FILHO **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 FILHO **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

