



Número: **0814743-38.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>SEVERINO DO RAMO DE LIMA (AUTOR)</b>	<b>ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)</b> <b>JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>BRADESCO SEGUROS S/A (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>
<b>HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44849 929	22/06/2021 14:35	<a href="#">Petição</a>	Petição
44849 931	22/06/2021 14:35	<a href="#">2593986_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos
44849 932	22/06/2021 14:35	<a href="#">2593986_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</a>	Outros Documentos

## ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 14:35:02  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062214350164100000042631700>  
Número do documento: 21062214350164100000042631700

Num. 44849929 - Pág. 1



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 15ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB**

Processo n.º 08147433820198152001

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

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo expert, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 18 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](http://www.joaoarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 14:35:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062214350285300000042631702>  
Número do documento: 21062214350285300000042631702

Num. 44849931 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 14:35:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062214350285300000042631702>  
Número do documento: 21062214350285300000042631702

Num. 44849931 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190202866 Vítima: SEVERINO DO RAMO DE LIMA

**Data do Acidente:** 10/11/2018      **Cobertura:** INVALIDEZ

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SEVERINO DO RAMO DE LIMA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14072855



00Z11/00Z12 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 14:35:04  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062214350383500000042631703>  
Número do documento: 2106221435038350000042631703

Núm. 44849932 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190202866 Vítima: SEVERINO DO RAMO DE LIMA

Data do Acidente: 10/11/2018 Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a). SEVERINO DO RAMO DE LIMA**

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

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: SEVERINO DO RAMO DE LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 0000057431-0

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 14:35:04  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062214350383500000042631703>  
Número do documento: 2106221435038350000042631703

Núm. 44849932 - Pág. 2



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

NP do sinistro ou ASL:

LPR da vítima:

Nome completo da vítima:  
79037640478 Serviço do Ramo de Bima

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

Nome completo:

Profissão:

Baixar:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF: 79037640478

Número: 83

Complemento:

CEP: 58300-000

Tel (DDD):

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

## DADOS CADASTRAIS

## RENDIMENTO:

 RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA ATÉ R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  
 1.501,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3914

CONTA: 57431

(informar o dígito se exata)

(informar o dígito se exata)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se exata)

(informar o dígito se exata)

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

## INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):** Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Reito motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, com intuito, desde já, em me submeter à avaliação médica as costas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantidade das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura indenização médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso descubra do seu conteúdo.

## MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data da óbito da vítimaGrau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou compatriota:  Sim  Não Se a vítima deixou compatriota, informar o nome completo:Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou:  Sim  Não Vítima deixou:  Sim  Não Vítima deixou pais/vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente indenizada, o Seguro DPVAT por morte igualmente beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a utilização de recursos e/ou valor recebido, além da responsabilidade criminal prevista no artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina a ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1º / Nome: \_\_\_\_\_

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

COMPREV SEGUROS ASSINANTE

2º / Nome: \_\_\_\_\_

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

15 MAR 2019 PROTOCOLO DEVIDENCIADA

PROTÓCOLO DEVIDENCIADA

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não é obrigado a escolher outra pessoa habilitada, maior e capaz, para preencher o presente formulário. A SEU BEM, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntero teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPP.001 V001/2018



Ministério da Justiça e Segurança Pública  
Polícia Rodoviária Federal

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito



**PRF**



**Acidente nº 18064040B01**

**INFORMAÇÕES GERAIS**

**BR:** 101      **KM:** 85,5 - Decrescente      **Município:** JOAO PESSOA/PB  
**Data:** 10/11/2018      **Hora:** 12:45

**Policial responsável pelo atendimento:** JOAO NETO, matrícula 1970075

**ASPECTOS DO LOCAL**

<b>Tipo de via:</b> Principal	<b>Tipo de pavimento:</b> Asfalto	<b>Tipo de pista:</b> Dupla
<b>Condição da pista:</b> Seca	COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A	
<b>Estrutura viária:</b> Reta	15 MAR. 2019	
<b>Localidade urbanizada:</b>	<b>Acostamento:</b>	<b>Canteiro central:</b>
<b>Condição meteorológica:</b> Céu Claro		

**NARRATIVA**

No dia 10/11/2018, por volta das 12H45, no km 85,5 da BR-101, sentido decrescente da via, em JOÃO PESSOA/PB, ocorreu um acidente do tipo colisão lateral, tendo uma vítima grave. Os veículos envolvidos foram a motocicleta HONDA/CG150 FAN ESDI, de placa QFE8917/PB e um outro veículo não localizado que, conforme relato do condutor de V1, tratava-se de um FIAT PALIO de cor cinza. Com base na análise dos vestígios materiais identificados constatou-se que V1 trafegava pelo acostamento da via por estar com o pneu traseiro baixo e, ao adentrar na via (cruzando a alça que leva à entrada para o bairro ALTO DO MATEUS), V2 cruzou na sua frente (acessando a mesma alça) vindo V1 a colidir transversalmente com V2. Após a colisão, V2 evadiu-se do local não sendo possível localizá-lo ou identificar o condutor. A motocicleta foi retirada do sítio da colisão e estacionada no acostamento da via por pessoas que ajudaram a vítima no local. A dinâmica do acidente encontra-se representada esquematicamente no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a falta de atenção do condutor de V1. Observações: O local do acidente estava desfeito; Foi solicitado apoio do SAMU, comparecendo ao local a VTR de placa NQC 4434; O passageiro do veículo apresentava ferimentos graves; O condutor de V1 realizou o teste de etilômetro (com resultado zero); O veículo não possuía restrição e ficou na posse do sobrinho da vítima (Sr. GILVAN PONTES DA SILVA, CPF 055.631.254-67). V1 teve que ser transportado embarcado.

**EVENTOS SUCESSIVOS**

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	



Documento assinado eletronicamente por JOAO NETO, matrícula 1970075, Policial Rodoviário Federal, em 10/11/2018, às 16:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.



Assinatura eletrônica

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18064040B01 e o número de controle F890C364519A85F3B51A62D945964B





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

## Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18064040B01



**PRF**

### APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
SAMU	10/11/2018 13:00	10/11/2018 13:19

### IMAGENS PANORÂMICAS



SENTO CRESCENTE



SENTO DECRESCENTE

### AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

### CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Documento assinado eletronicamente por JOÃO NETO, matrícula 1970075, Policial Rodoviário Federal, em 10/11/2018, às 16:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18064040B01 e o número de controle F890C364519A85F3B51A62D9459648.





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18064040B01**



**PRF**

**V1**



TRACIONADOR

**QFE8917**

**Placa:** QFE8917 - Registro Nacional

**Marca/modelo/ano fabricação:** HONDA/CG150 FAN ESDI/2014

**Renavam:** 01135187140

**Chassi:** 9C2KC1680ER578803

**Tipo de Veículo:** Motocicleta

**Espécie/categoria:** Passageiro/Particular

**Manobra no momento do acidente:** Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

**Informações complementares:** Pneu traseiro encontrava-se vazio, conforme relato do condutor.

**PROPRIETÁRIO**

**Nome:** SEVERINO DO RAMO DE LIMA

**CPF/CNPJ:** 790.376.404-78

**Endereço:** RUA SIMON BOLIVAR 83, 00083, TIBIRI II, SANTA RITA/PB

**Telefone/email:** 83 98893 7808/NÃO INFORMADO



Assinatura  
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por JOAO NETO, matrícula 1970075, Policial Rodoviário Federal, em 10/11/2016, às 16:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18064040B01 e o número de controle F890C364519A85F3851A62D945964B





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18064040B01**



**PRF**

**V2**



**Não localizado**

**Placa:** Não localizado

**País de emplacamento:** BRASIL

**Marca/modelo:**

**Tipo de Veículo:** Automóvel    **Cor:**

**Manobra no momento do acidente:** Entrando na via



Documento assinado eletronicamente por JOÃO NETO, matrícula 1970075, Policial Rodoviário Federal, em 10/11/2018, às 16:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18064040B01 e o número de controle F890C364519A85F3B51A62D945984B





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18064040B01**



**PRF**

**V1**



**SEVERINO DO RAMO DE LIMA**

CONDUTOR

**Placa do veículo:** QFE8917      **Marca/modelo:** HONDA/CG150 FAN ESDI

**Envolvimento:** Condutor/Proprietário      **Nome:** SEVERINO DO RAMO DE LIMA

**CPF:** 790.376.404-78      **Data de nascimento:** 22/10/1971

**Estado civil:** Não Informado      **Sexo:** Masculino      **Estado físico:** Lesões Graves

**Usava cinto de segurança:** NÃO APLICÁVEL      **Usava capacete:** Sim

**Informações complementares:** Teste 2396

**DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR**

**Tipo:** Habilitação Nacional      **Categoria:** AB      **Data primeira habilitação:** 12/02/2009

**Nº Registro:** 04571797951      **UF:** PB      **Data de vencimento da habilitação:** 19/04/2023

**Motorista Profissional:** Não      **Observações CNH:** A

**ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA**

**Foi possível realizar teste do etilômetro:** Sim

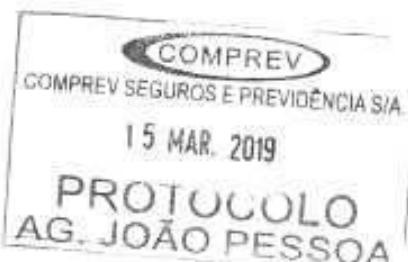
**Condutor se recusou a realizar o teste:** Não      **Resultado:** 0

**Visíveis sinais de embriaguez:** Não      **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

**DADOS DE CONTATO**

**Endereço:** RUA SIMAO BOLIVAR, 83 - CASA, TIBIRI II, ITABAIANA/PB

**Telefone/email:** 83 98893 7808/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por JOAO NETO, matrícula 1970075, Policial Rodoviário Federal, em 10/11/2018, às 16:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18064040B01 e o número de controle F890C364519A85F3B51A62D945964B





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18064040B01**



**PRF**

**V2**



**Não localizado**

CONDUTOR

**Placa do veículo:** Não localizado

**Marca/modelo:**

**Envolvimento:** Condutor

**Nome:** Não localizado

**CPF:**

**Data de nascimento:**

**Estado civil:**

**Sexo:**

**Estado físico:**

**Usava cinto de segurança:**

**Usava capacete:**

**DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR**

**Tipo:**

**DADOS DE CONTATO**

**Endereço:**

**Telefone/email:** NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Documento assinado eletronicamente por JOAO NETO, matrícula 1970075, Policial Rodoviário Federal, em 10/11/2018, às 16:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18064040B01 e o número de controle F890C364519A85F3B51A62D945964B





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito  
**Acidente nº 18064040B01**



**PRF**



## Imagens Complementares

V1 - Tracionador - HONDA/CG150 FAN ESDI - QFE8917



IMAGEM COMPLEMENTAR 01



Documento assinado eletronicamente por JOAO NETO, matrícula 1970075, Policial Rodoviário Federal, em 10/11/2018, às 16:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.538, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18064040B01 e o número de controle F890C364519A85F3B51A62D945984B





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

**Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito**  
**Acidente nº 18064040B01**



**PRF**

**RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN**

**Veículo:** V1 / HONDA/CG150 FAN ESDI

**Placa:** QFE8917

**Nome do agente:** JOAO NETO

**Nº BOAT:** 18064040B01

**Matrícula do agente:** 1970075

**Data:** 10/11/2018

		Item danificado no acidente		
Item	Descrição do Item	SIM*	NÃO**	NA***
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

**Total geral (SIM + NA): 0**

**Dimensão da manta:** Pequena

\*Item danificado no acidente.

\*\*Item não danificado no acidente ou não existente.

\*\*\* Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por JOAO NETO, matrícula 1970075, Policial Rodoviário Federal, em 10/11/2018, às 16:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18064040B01 e o número de controle F890C364519A85F3B51A62D945964B.





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

NP do sinistro ou ASL:

LPR da vítima:

Nome completo da vítima:  
79037640478 Serviço do Ramo de Bima

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

Nome completo:

Profissão:

Baixar:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF: 79037640478

Número: 83

Complemento:

CEP: 58300-000

Tel (DDD):

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

## DADOS CADASTRAIS

## RENDIMENTO:

 RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA ATÉ R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$1.000,00 R\$2.001,00 ATÉ R\$5.000,00  
 1.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3914

CONTA: 57431

(informar o dígito se exata)

(informar o dígito se exata)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se exata)

(informar o dígito se exata)

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

## INVALIDEZ PERMANENTE

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **(assinalar uma das opções):**

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

Rei motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, com intuito, desde já, em me submeter à avaliação médica as costas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantidade das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura indenização médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso descubra do seu conteúdo.

## MORTE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data da óbito da vítimaGrau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou compatriota:  Sim  Não Se a vítima deixou compatriota, informar o nome completo:Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou:  Sim  Não Vítima deixou:  Sim  Não Vítima deixou pais/vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente autorizada, a indenização do Seguro DPVAT por morte igualmente que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a utilização de recursos e/ou valor recebido, além da responsabilidade criminal prevista no artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: São Pedro - PB 1/03/19

Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina a ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não é habilitado diverso escolher outra pessoa habilitada, maior e capaz, pra preencher e assinar o presente formulário. A SEU SÓ SÓLICO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntero teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPP.001 V001/2018

TESTEMUNHAS

1º / Nome: \_\_\_\_\_

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

COMPREV SEGUROS ASSINATURA

2º / Nome: \_\_\_\_\_

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

15 MAR 2019

REVIDÊNCIA SA

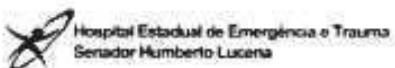
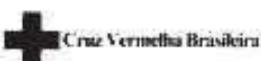
Assinatura

PROTÓCOLO

AG. JOAO PESSOA

Assinatura





AV. ORESTES LISBOA, 61 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1121370



## Identificação do paciente

ID: 1172337	Nome: SEVERINO DO RAMO DE LIMA			Sexo: Masculino
Data de nascimento: 22/10/1971	Idade: 47 anos 19 dias	Estado civil:	Religião:	Pronome:
Mãe: IRENE FELICIANO DE LIMA	Pai: MANOEL FELIX DE LIMA			
Escolaridade:	Responsável (Parentesco): CLEDILENE PONTES DA SILVA - ESPOSO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88966512	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)		Número documento 1580022		
Local de procedência BR 230		Nº Cns. 707607202134696	Type: BAIRRO	UF: PB
Email:	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R		

## Endereço

CEP 58302000	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro JOÃO PESSOA
Número S/N	Complemento R SIMÃO BOLÍVAR B TIBIRI II		Bairro MUNICÍPIO

## Admissão

Data e Hora 10/11/2018 14:06:07	Número da pulseira <b>100006835483</b>	Convênio BHS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO

## Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

## Sinais Vitais

PA 130 x 80 mmHg	P脉 99	Temperature 99
---------------------	----------	-------------------

## Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []

## Dados clínicos

paciente comente que sente dor no peito e dificuldade para respirar. Foi feito exame e encaminhado ao setor de cuidados da orto.

Fabiano Oliveira de Almeida  
CONSELHO 132245-CNF  
CID:

## Diagnóstico:

## Atendido por:

MARIELE JANAINA DA COSTA GAMA

Tempo  
01min 23seg

Imprimir

10/11/2018 14:05



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO DO RAMO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000057431-0

---

Nr. da Autenticação 93B178C07ED7BF9D



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 14:35:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062214350383500000042631703>  
Número do documento: 21062214350383500000042631703

Num. 44849932 - Pág. 14



CAGEPA

**Rua Feliciano Cima, 239 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.153.850/0001-03**

FIQUE CONTATO COM A CACEFA  
INFORME ESTE NÚMERO:  
11 5000-1000

-49-  
-49-

CONTA DE CONSUMO DE AGUA PÚBLICO E SERVIÇOS REFERENCIA

**CLEIDE-ENE PONTES DA SILVA**  
**RUA SIMON BOLIVAR, 83 - JARDIM EUROPA - SANTA RITA**  
**PB 58300 - 000**

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Básicas	Avançadas	Novas	Pré-exist.	
003.011-1000-1000-1000	0000	0	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (HZ) | NÚM DE ITAS | PRÓXIMA LEITURA

495	499	4	29	14/05/2019
HIST. CONV./ANOS	LEIT.	QUADRO	ÁREA-ANEXO	DATA
JAN/2019	4	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.
DEZ/2018	3	TURBIDEZ	0	0
NOV/2018	4	LARG.	0	0
OUT/2018	4	COL. FERROST	0	0
SET/2018	5	COR.	0	0
AGO/2018	4	COL. TOTAL	0	0
MÉDIA(%)	4	DADOS REFERENTES A DEZ/2018		

DATA DA IMPRESSÃO: 15/02/2020

ANSWER

DE SCHIE  
AGM

CONSUMO TOTAL (\$)

**RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)**  
**CONSUMO DE ÁGUA**

ESGOT

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

15 MAR 2019

**PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA**

VALOR APPROXIMADO DE DETERMINADAS PARTES DE LOS ALUMINIOS

VENCIMENTO: 28/02/2019 Total a Pagar: R\$ 12.000,00



CONDICAO DE LEITURA: RELEIA-DA

□ PDI 1483

#### NECRONIMES: GERMANY

11. ACQUISITION FROM 1975 ONWARDS

**ACOMPANHE TODA SÉRIE APENAS**



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 14:35:04

Assinado eletronicamente por SUELIC MOREIRA TORRES - 22/08/2021 14:35:04  
<http://pie.tibp.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062214350383500000042631703>

Número do documento: 2106221435038350000042631703

Núm. 44849932 - Pág. 15

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
PROFESSOR FÁTIMA COSTA QUARTE - HT-14000-00004-00000  
JOÃO PESSOA / PB CEP 58000-000

Wingate 218100Z APR 2004 - 2005  
LAWRENCE T DOWDALL, C DOWDALL, M DOWDALL

energisar

www.schaeffler.com

Acesse-nos no site [www.vale.com.br](http://www.vale.com.br) ou ligue para o número 0800-083-0796.

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ/RANI  
Jan / 2019 21/01/2019 19/02/2019 010.943.324-45

UC (Unidade Consumidora): 61898358-7

*Caso de contacto*

28

DETALHAMENTO	TOTAL	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
MÉDIA ÚLTIMOS MESES (R\$)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR			
100	28/01/2019				R\$ 195,22
		Histórico de Cobrança (100%)			

44 120 140 160 180 190 194 198 200 204 208 212 216 220 224 228 232 236 240 244

Table 1. Summary of the main characteristics of the four groups of patients.

85H 69f1 dd42 d3c2 asen 644h 9c51 1932

Indicadores de Qualidade 100% 2004

ATENÇÃO

• 简单的数学模型

**PAGAR** VENCIMENTO TOTAL A PAGAR  
R\$ 195,22 28/01/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 14:35:04  
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106221435038350000042631703>  
Número do documento: 2106221435038350000042631703

Núm. 44849932 - Pág. 16



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoraslider.com.br](http://www.seguradoraslider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:  
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 08h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento desta Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

\* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva,  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455 536 024 , 91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Savirino da Rama de Lima, inscrito (a) no CPF sob o N° 790 376 404-78,  
do sinistro de DPVAT cobertura Privalidez, da Vítima Savirino da Rama de Lima,  
inscrito (a) no CPF sob o N° 790 376 404 , 78, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro à círculo, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-OPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Agente Fiscal José G Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Changalheira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u> CEP: <u>58056-384</u>
E-mail:				Tel.(DDD):

Local e Data: João Pessoa - PB 15/03/2019

Assinatura do Declarante

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
15 MAR 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

DLDRL001 V001/2017



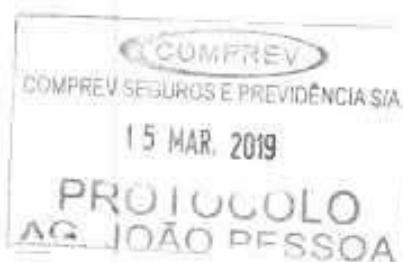
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 14:35:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062214350383500000042631703>  
Número do documento: 21062214350383500000042631703

Num. 44849932 - Pág. 18



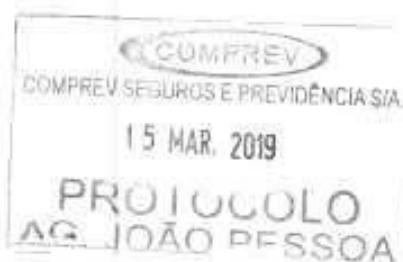
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 14:35:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062214350383500000042631703>  
Número do documento: 21062214350383500000042631703

Num. 44849932 - Pág. 19



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 14:35:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062214350383500000042631703>  
Número do documento: 21062214350383500000042631703

Num. 44849932 - Pág. 20



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 14:35:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062214350383500000042631703>  
Número do documento: 21062214350383500000042631703

Num. 44849932 - Pág. 21

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190202866      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO DO RAMO DE LIMA      **Data do acidente:** 10/11/2018      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 19/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO,  
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS,  
TRATAMENTO CONSERVADOR DE DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 12

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190202866      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO DO RAMO DE LIMA      **Data do acidente:** 10/11/2018      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 19/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO,  
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS,  
TRATAMENTO CONSERVADOR DE DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** @ DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 12

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190202866      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO DO RAMO DE LIMA      **Data do acidente:** 10/11/2018      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 19/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO,  
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS,  
TRATAMENTO CONSERVADOR DE DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 12

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190202866      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SEVERINO DO RAMO DE LIMA      **Data do acidente:** 10/11/2018      **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 19/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO,  
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS,  
TRATAMENTO CONSERVADOR DE DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** @ DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 12

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Severino do Rêgo de Lima, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Trabalhador, residente e domiciliado à Rua Simon Bolívar nº 83, bairro Jardim Europa, Município de Santa Rita, Estado de(o) Paraíba, Cep. 53900-000, portador(a) do Rg nº 1-580.022, SSP/... e CPF nº 790.376.404-18.

**Outorgado:** José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Agente Fiscal, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal nº 157, bairro Jardim Europa, Município de Santa Rita, Estado de (o) Paraíba, Cep. 53906-334, portador (a) do RG nº 105.456.62, SSP/... e CPF nº 455.536.024-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Severino do Rêgo de Lima, ocorrido em 10/11/18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Processo de natureza Imvalidiz.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Santa Rita, 26, de Fevereiro de 2019.

*DOURADO  
DE AZEVEDO*

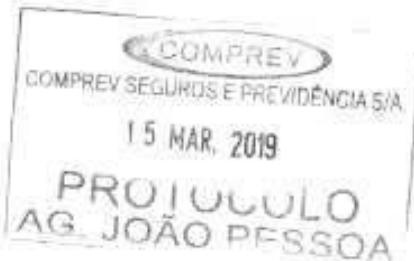
Outorgante  
CPF Nº

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



Reconheço, com autenticidade e verdadeira, a(s) firma(s) acima.  
Assinado no Ralo de Laranjeiras, no dia 15/03/2019.  
A testemunha verificou, visto que a(s) firma(s) acima  
estão assinadas a título de procuração  
para a firma DOURADO DE AZEVEDO  
nº 157, Fazenda São João, Centro  
CEP 53906-334, Santa Rita/PB.  
Firma assinada na presença de:  
Cinthia Santos Coutinho  
Substituto

Rua São João, nº 157 - Centro  
CEP 53906-334  
Santa Rita - Paraíba  
CNPJ: 09.398.000/0001



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Severino do Rêgo de Lima, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Trabalhador, residente e domiciliado à Rua Simon Bolívar nº 83, bairro Jardim Europa, Município de Santa Rita, Estado de(o) Paraíba, Cep. 53300-000, portador(a) do Rg nº 1-580.022, SSP/ e CPF nº 790.376.404-18.

**Outorgado:** José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Agente Fiscal, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal nº 157, bairro Jardim Europa, Município de Santa Rita, Estado de(o) Paraíba, Cep. 53300-334, portador (a) do RG nº 105.456.62, SSP/ e CPF nº 455.536.024-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Severino do Rêgo de Lima, ocorrido em 10/11/18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Processo de natureza Imvalidiz.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Santa Rita, 26, de Fevereiro de 2019.

*DOURADO  
DE AZEVEDO*

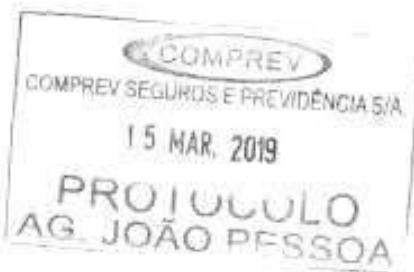
Severino do Rêgo de Lima  
Outorgante  
CPF Nº

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



Reconheço, com autenticidade e verdadeira, a(s) firma(s) acima.  
Assinado no dia 15/03/2019, na cidade de Santa Rita - PB, no Fórum  
Judiciário, 1º Juizado Especial - Subseção 1º, Fazenda Pública, 1º Juiz  
do Juizado Especial, Dr. Suelio Moreira Torres.  
Confira a autenticidade em: <http://tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062214350383500000042631703>

Cinthia Santos Coutinho  
Substituto



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089645/19

**Vítima:** SEVERINO DO RAMO DE LIMA

**CPF:** 790.376.404-78

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 10/11/2018

**Titular do CPF:** SEVERINO DO RAMO DE LIMA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

#### SEVERINO DO RAMO DE LIMA : 790.376.404-78

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### 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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/03/2019  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/03/2019  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

JOSE EDUARDO DA SILVA

RENATO LUNA DIAS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 14:35:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062214350383500000042631703>  
Número do documento: 21062214350383500000042631703

Num. 44849932 - Pág. 28

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0089645/19

**Vítima:** SEVERINO DO RAMO DE LIMA

**CPF:** 790.376.404-78

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 10/11/2018

**Titular do CPF:** SEVERINO DO RAMO DE LIMA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

#### SEVERINO DO RAMO DE LIMA : 790.376.404-78

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### 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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/03/2019  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/03/2019  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

JOSE EDUARDO DA SILVA

RENATO LUNA DIAS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/06/2021 14:35:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062214350383500000042631703>  
Número do documento: 21062214350383500000042631703

Num. 44849932 - Pág. 29