



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	
SEVERINO DO RAMO DE LIMA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44849929	22/06/2021 14:35	<a href="#">Petição</a>	Petição
44849931	22/06/2021 14:35	<a href="#">2593986_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos
44849932	22/06/2021 14:35	<a href="#">2593986_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos

ANEXO





**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.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.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



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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14072855





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, retorne 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-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01167/01168 - carta\_15R - INVALIDEZ

00030584





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CNPJ da vítima:

Nome completo da vítima:

79037640478 Severino do Ramo de Lima

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

Nome completo:

CNPJ:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

3914

CONTA:

57431

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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 (assinale uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o presunção de culpa do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, com me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gráu de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou nascituro(s) ao nascer? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração falsa poderá acarretar a utilização de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

João Pessoa - PB 14/03/19

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá escolher outra pessoa habilitada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fide jussu do interior teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS-001 V001/2018

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

Assinatura:

Assinatura:





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

Tipo de via: Principal

Tipo de pavimento: Asfalto

Tipo de pista: Dupla

Condição da pista: Seca

Estrutura viária: Reta

Localidade urbanizada:

Acostamento:

Canteiro central:

Condição meteorológica: Céu Claro

Fase do dia: Pleno dia

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.

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

**APOIO EXTERNO**

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



**PRF**

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

### IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO CRESCENTE



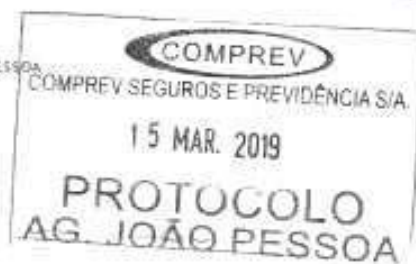
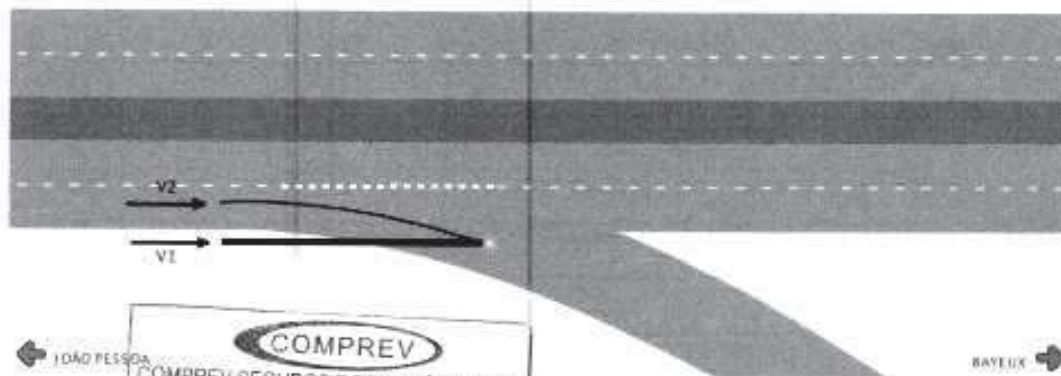
SENTIDO DECRESCENTE

### AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

### CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local 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 F890C364519A85F3B51A02D9459648





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/novobal/autenticar>, informando o protocolo 18064040B01 e o número de controle F890C364519A85F3B51A62D945964B





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 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 F890C364519A85F3B51A62D945984B







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 CONDUIZIR 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/novobal/autenticar>, informando o protocolo 18064040B01 e o número de controle F89DC364519A85F3B51A62D945964B





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 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 F890C364519AB5F3B51A62D945964B





MINISTÉRIO DA  
JUSTIÇA E  
SEGURANÇA PÚBLICA

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



**PRF**



## Imagens Complementares

**V1 - Traclonador - 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 8.539, 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/novobal/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	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		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 monta:** 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 F890C364519A85F3951A62D945964B





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CNPJ da vítima:

Nome completo da vítima:

79037640478 Severino do Ramo de Lima

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

Nome completo:

CNPJ:

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Tel. (DDD):

E-mail:

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3914

CONTA:

57431

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o presunção de culpa do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, com me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, caso discordo do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Gráu de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

nascer(a) ou nasceu?

☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração falsa poderá acarretar a utilização de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data:

João Pessoa - PB 14/03/19

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá escolher outra pessoa habilitada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fide jussu do interior teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS-001 V001/2018

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

2º Nome:

CPF:

Assinatura:

Assinatura:







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISSOA, sn - 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 10 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe IRENE FELICIANO DE LIMA	Pai MANOEL FELIX DE LIMA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco): CLEIDLENE PONTES DA SILVA - ESPOSO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 88966512	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1580022	Nº Cns 707607202134696		
Local de procedência BR 230	Tipo BAIRRO		UF PB	
E-mail	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R		
Endereço				
CEP 58302000	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro JOÃO PESSOA	
Número S/N	Complemento R SIMÃO BOLIVAR B TIBIRI II	Bairro MUNICÍPIOS		
Admissão				
Data e Hora 10/11/2018 14:05:07	Número da pulseira 100006835483	Convênio BUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
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	Pulso 99 Temperatura 99
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos paciente consciente orientado vítima de Episódio cardiovascular realizado exame e incom- pletado em segue aos cuidados da UO.				
Diagnóstico				CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA				Tempo 01min 23seg

Imprimir

10/11/2018 14:05



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. 13

# 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



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Lima, 229 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 55.015-570 - CNPJ: 08.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,  
LIGUE-SE PARA O NÚMERO  
1522-1111

60250-100

REFERÊNCIA  
15/03/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA, ESGOTO E SERVIÇOS

CLÉDIO ENNE PONTES DA SILVA  
RUA SIMON BOLIVAR, 83 - JARDIM EUROPA TANTA RITA  
PB 58.300 - 000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industria	Outros	
003.013.000.0000.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
100078214	11/05/2010	INTERIOR	ATIVA	ATIVA		
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
495	499	4	29	14/05/2019		
HIST. - CONSUMO ANOR. LEIT. - QUANT. ÁGUA - ANEXO DO PORT. 055/2017 - MS						
JAN/2019	4	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
DEZ/2018	3	TURBIDEZ	0	0	0	
NOV/2018	4	ELONG	0	0	0	
OUT/2018	4	COL. TERMO	0	0	0	
SET/2018	5	COR	0	0	0	
AGO/2018	4	COL. TOTAL	0	0	0	
MEDIA(H)	4	DADOS REFERENTES A: DEZ/2018				

DATA DA IMPRESSÃO: 15/03/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 13:42:09

DESCRIÇÃO

CONSUMO TOTAL (R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

4 M3

R\$ 37,91

ESGOTO

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
15 MAR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

VALOR APROXIMADO DE EXERCÍCIOS DE 2018: R\$ 1.100.000,00

VENCIMENTO: 28/02/2019

Total a Pagar:

R\$ 37,91



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 0

INFORMAÇÕES GERAIS:

\*\* ACOMPANHE COM ESTA SÉRIE APLICADO SEU DINHEIRO \*\*

\*\*\* WWW.TRANSPARENCIA.P0.GOV.BR \*\*\*





English: 1101074    [Reference: 1173](#)  
 English: 1101074    [Reference: 1173](#)  
 English: 1101074    [Reference: 1173](#)

2019年12月31日  
 2019年12月31日  
 2019年12月31日

Copyright © 2006 by The McGraw-Hill Companies, Inc.  
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage and retrieval system, without prior written permission from The McGraw-Hill Companies, Inc.

Assessments do CLEP® ENR015A 0800-053-0196 [Assesswww.undirect.com.br](http://www.undirect.com.br)

Conta e referência	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAM
Jan / 2019	21/01/2019	19/02/2019	010 943.324-48

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

### Canal de contênto

Quer saber a história de tudo? Clique aqui para ler o artigo completo: [A história da educação em Portugal](#)

[illegible]

CO <sub>2</sub> Composite Dissociation Enthalpy	70.94	180.22	184.14	188.06	191.97	1.95
---	-------	--------	--------	--------	--------	------

Média últimos meses (x/m)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
---------------------------	------------	---------------

28/01/2019 R\$ 195,22

### histórico de consumo médio

Jan	Feb	Mar	Apr	May	June	July	Aug	Sept	Oct	Nov	Dec
10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65

85f1, 89f1, dd42, d3c2, seed, 644b, 9ca1, 1932

[illegible]

doi:10.1371/journal.pone.0120616.g002

### ATENÇÃO

Factors are studied

Copyright © 2004 John Wiley & Sons, Ltd.

中國經濟出版社

VENCIMIENTO	TOTAL A PAGAR
12/31/2010	100.00
12/31/2011	100.00
12/31/2012	100.00
12/31/2013	100.00
12/31/2014	100.00
12/31/2015	100.00
12/31/2016	100.00
12/31/2017	100.00
12/31/2018	100.00
12/31/2019	100.00
12/31/2020	100.00
12/31/2021	100.00
12/31/2022	100.00
12/31/2023	100.00
12/31/2024	100.00
12/31/2025	100.00
12/31/2026	100.00
12/31/2027	100.00
12/31/2028	100.00
12/31/2029	100.00
12/31/2030	100.00
12/31/2031	100.00
12/31/2032	100.00
12/31/2033	100.00
12/31/2034	100.00
12/31/2035	100.00
12/31/2036	100.00
12/31/2037	100.00
12/31/2038	100.00
12/31/2039	100.00
12/31/2040	100.00
12/31/2041	100.00
12/31/2042	100.00
12/31/2043	100.00
12/31/2044	100.00
12/31/2045	100.00
12/31/2046	100.00
12/31/2047	100.00
12/31/2048	100.00
12/31/2049	100.00
12/31/2050	100.00
12/31/2051	100.00
12/31/2052	100.00
12/31/2053	100.00
12/31/2054	100.00
12/31/2055	100.00
12/31/2056	100.00
12/31/2057	100.00
12/31/2058	100.00
12/31/2059	100.00
12/31/2060	100.00
12/31/2061	100.00
12/31/2062	100.00
12/31/2063	100.00
12/31/2064	100.00
12/31/2065	100.00
12/31/2066	100.00
12/31/2067	100.00
12/31/2068	100.00
12/31/2069	100.00
12/31/2070	100.00
12/31/2071	100.00
12/31/2072	100.00
12/31/2073	100.00
12/31/2074	100.00
12/31/2075	100.00
12/31/2076	100.00
12/31/2077	100.00
12/31/2078	100.00
12/31/2079	100.00
12/31/2080	100.00
12/31/2081	100.00
12/31/2082	100.00
12/31/2083	100.00
12/31/2084	100.00
12/31/2085	100.00
12/31/2086	100.00
12/31/2087	100.00
12/31/2088	100.00
12/31/2089	100.00
12/31/2090	100.00
12/31/2091	100.00
12/31/2092	100.00
12/31/2093	100.00
12/31/2094	100.00
12/31/2095	100.00
12/31/2096	100.00
12/31/2097	100.00
12/31/2098	100.00
12/31/2099	100.00
12/31/2100	100.00

Revised: 03-04-2012  
 Version: 1.00

28/01/2018 RS 195.22

8886000001-6 88225149000-2 16983582019-5 01300005019-8







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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1996 / 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 deste 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/DOCORIGINALASPX?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<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> 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 Nº 9.613/98.

Peço exposto, eu Jose Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 455 536 024 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Servino da Rame de Lima inscrito (a) no CPF sob o nº 790 376 404 78

do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da Vítima Servino da Rame de Lima

inscrito (a) no CPF sob o nº 790 376 404 / 78, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

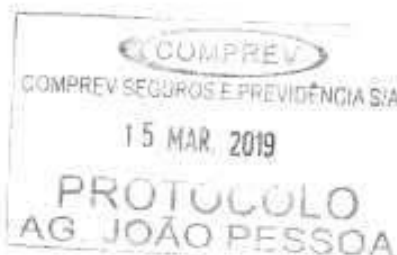
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora LIDER-DPVAT, 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>357</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Maracajá</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): _____

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

Assinatura do Declarante



DLDR.003 V301/2017



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA**  
**DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO**

**IDENTIFICADO**  
**SEVERINO DO AMO DE LIMA**

**CPF**  
**1500022** **ESP** **PR**

**CP**  
**790.376.404-78** **22/10/1971**

**Nome**  
**MANOEL FELIX DE LIMA**

**Nome**  
**ISERE FELICIANO DE LIMA**

**Matrícula**  
**04571797951**

**Data**  
**19/04/2023**

**Transmissão**  
**12/02/2009**

**Assinatura do Titular do Documento**

**Assinatura do Autorizador**

**Nome**  
**JOÃO PESSOA, PS**

**Data**  
**23/04/2018**

**Assinatura**

**03303118640**  
**PR036724440**

**PARAIBA**

**1643265086**

**VALIDADE DE TODOS O TESTES DO NACIONAL**

**PROCESSO PLASTIFICAR**

**1643265086**

**LEI Nº 13.127/2016**

**COMPREV**  
**COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**  
**15 MAR. 2019**  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**  
**SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA**  
**DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO**

**IDENTIFICADO**  
**SEVERINO DO AMO DE LIMA**

**CPF** 1500022 **ESP** PR

**CP** 790.376.404-78 **DATA NASCIMENTO** 22/10/1971

**NOME**  
**MANOEL FELIX DE LIMA**  
**ISERE FELICIANO DE LIMA**

**SEXO** M **AC** AD **CE** AD

**RG** 04571797951 **DATA** 19/04/2023 **VALIDADE** 12/02/2029

**ASSINATURA**

**ASSINADO POR**  
**JOÃO PESSOA, PR** **DATA** 23/04/2018

**03303118640**  
**PR036724440**

**PARAIBA**

**1643265086**

**VALIDADE DE TODOS O TESTEADO NACIONAL**

**COMPREV**  
**COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**  
**15 MAR. 2019**  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DO TRABALHO  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE EMPREGO  
 SERVIÇO NACIONAL DE EMPREGO

NOME  
 JOSE EDUARDO DA SILVA

JOE. EMPREGO - CBO EMPREGO  
 1054362 SEP VB

CPF  
 455.535.024-91 DATA NASCIMENTO  
 02/04/1967

TRABALHO  
 JOSEFA GERVASIO DA SILVA

PROFISSÃO  
 1054362

MTS  
 1054362

CRIME  
 AD

1º NÚMERO  
 607241521R2

2º NÚMERO  
 10/11/2014

3º NÚMERO  
 06/04/1969

DESTINATÁRIO  
 A /

ASSINATURA  
 [Assinatura]

DESL  
 1054362

DATA EMISSÃO  
 11/11/2014

ASSINATURA  
 [Assinatura]

60378986469  
 86023545609

OTIMIZADO E IMPRESSO

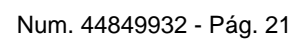
VÁLIDA EM TODOS  
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS  
 1009001575

PROFISSÃO E CLASSIFICAÇÃO  
 1009001575

COMPREV  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
 15 MAR. 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
15 MAR. 2019  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



## 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





## 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



## 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



## 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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Severino do Rocio de Lima brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Alimento Veículo, residente e domiciliado à Rua Simon Bolivar nº 83, bairro Jardim Europa, Município de Santa Rita, Estado de(o) Paraíba, Cep: 55200-000, 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 advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa nº 157, bairro Mangueira, Município de João Pessoa, Estado de(o) Paraíba, Cep: 55056-384, portador(a) do RG nº 105.45.62, SSP/ PB 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 Rocio de Lima, ocorrido em 10.11.2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza Imprudência.

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



Rua São João, nº 27 - Centro  
CEP: 54100-150  
Fone/Fax: (91) 3229-2262  
Santa Rita - Paraíba  
CNPJ: 09.319.828/0001



Cynthia Santos Coutinho  
Substituto





## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Severino do Rocio de Lima brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Alimento Veículo, residente e domiciliado à Rua Armon Belivar nº 83, bairro Jardim Europa, Município de Santa Rita, Estado de(o) Paraíba, Cep: 55200-000, 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 advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa nº 157, bairro Mangueira, Município de João Pessoa, Estado de(o) Paraíba, Cep: 55056-384, portador(a) do RG nº 105.45.62, SSP/ PB 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 Rocio de Lima, ocorrido em 10.11.2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza Imprudência.

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



Rua São João, nº 27 - Centro  
CEP: 55100-150  
Fone/Fax: (35) 3229-2262  
Santa Rita - Paraíba  
CNPJ: 09.319.828/0001



Cynthia 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

**CPF de:** Próprio

**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

JOSE EDUARDO DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RENATO LUNA DIAS





## 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

**CPF de:** Próprio

### 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

JOSE EDUARDO DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

RENATO LUNA DIAS

