



Número: **0801602-60.2017.8.15.0371**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Sousa**

Última distribuição : **03/05/2017**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA (AUTOR)	ERIKA DE FRANCA PERGENTINO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37988 517	17/12/2020 16:03	<u>Petição</u>	Petição
37988 519	17/12/2020 16:03	<u>2621340_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
37988 521	17/12/2020 16:03	<u>2621340_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos
37968 925	17/12/2020 11:28	<u>Certidão</u>	Certidão
37968 943	17/12/2020 11:28	<u>COMPROVANTE E-MAIL 0801602-60.2017.</u>	Documento de Comprovação
37957 564	17/12/2020 10:48	<u>Alvará de Levantamento</u>	Alvará de Levantamento
37957 578	17/12/2020 10:48	<u>DJO 0801602-60.2017</u>	Documento de Comprovação
37957 588	17/12/2020 08:57	<u>Certidão</u>	Certidão

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 16:03:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121716032197100000036233701>
Número do documento: 20121716032197100000036233701

Num. 37988517 - Pág. 1

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: 22/11/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA S

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000052000-0

Nr. da Autenticação 3853F76C22170071



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 16:03:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121716032282900000036233703>
Número do documento: 20121716032282900000036233703

Num. 37988519 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2016

Carta nº: 9881078

A/C: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA

Sinistro: 3160619991 ASL-1106052/16
Vitima: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA
Data Acidente: 28/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FIDEL FEITOSA

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder • DPVAT

Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2016

Carta nº: 9898167

A/C: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA

Sinistro: 3160619991 ASL-1106052/16
Vítima: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA
Data Acidente: 28/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FIDEL FEITOSA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 26 de Novembro de 2016

Carta nº: 10087310

A/C: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA

Sinistro: 3160619991 ASL-1106052/16
Vitima: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA
Data Acidente: 28/05/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: FIDEL FEITOSA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 0000052000-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01847/01848 - carta_15R



00010924



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 16:03:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121716032282900000036233703>
Número do documento: 20121716032282900000036233703

Num. 37988519 - Pág. 4

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3160619991 - 1
Nome do(a) Examinado(a): INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a): RUA BAZILIO VALE nº 00 - FRANCISCO LINS - NAZAREZINHO/PB
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 4071349 - SSP
Data local do exame: 11/11/2016 CAJAZEIRAS/PB

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

Traumatismo corto contundente com perda de tecido na região plantar do pé esquerdo.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

Periciando sequelado de traumatismo corto contundente com perda de tecido na região plantar do pé esquerdo, tratado com limpeza cirúrgica e sutura, curativo compressivo do mesmo e uso de antibioterapia. Paciente teve alta definitiva em 09/2016

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Apresentando edema residual no pé esquerdo. Presença de diminuição da força muscular do pé esquerdo.

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*).

Vítima em tratamento Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias
 Exame não permite conclusão

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela) Região Corporal(Sequela)

PÉ ESQUERDO
 10% 25% 50% 75% 100% 10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela) Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100% 10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*).

Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

MANTIVE FECHAMENTO DO EXAMINADOR CONSIDERANDO DANO FUNCIONAL DO PÉ. -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - CAJAZEIRAS, 11/11/2016

Médico Perito: JOSE GERARDO VALE MATOS CRM:10035/PB


Dr. Jose Gerardo Vale Matos
MÉDICO CREMEC 3216
CRM PB 10035



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 16:03:23
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121716032282900000036233703
Número do documento: 20121716032282900000036233703

Num. 37988519 - Pág. 5

Assinatura do perito Examinador - CRM



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 16:03:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121716032282900000036233703>
Número do documento: 20121716032282900000036233703

Num. 37988519 - Pág. 6



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 *T1%*

Nº DO SINISTRO _____



SECURADORA

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

EU, Imacilia Thaynara Rodrigues de Souza, color Silva,
PORTADÓR(A) DO RG Nº 51071 490 EXPEDIDO POR 850/03 EM 20 / 07 / 2012 E
CPF 011 320 023 641 45 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO opericelha
E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Imacilia Thaynara Rodrigues Silva. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

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

Marcos Aurelio Vidal
10 OUT. 2016
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

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

Nº do BANCO 101 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 058 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 170520000

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

Suelio Moreira, 06 de Setembro de 2016
LOCAL E DATA

Imacilia Thaynara R. de Souza da Silva

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.




Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV

Via Internet Banking CAIXA

Emitente: EVANDRO CASSIANO FERREIRA

Conta origem: 0558 / 013 / 00032302-7

Conta destino: 0558 / 013 / 00052000-0

Nome destinatário: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SO

Valor: 

Data de débito: 06/09/2016

Data/hora da operação: 06/09/2016 10:34:35

Código da operação: 00196735

Chave de segurança: QTNXTHE59AUV20J9

Quando a data de débito coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a transferência será feita no primeiro dia útil subsequente.

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CONTA DESTINO E DE 30 MINUTOS.

SAC CAIXA: 0800 726 0101

Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

Marcos Aurelio Vidal

19 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 712 /2016



Natureza da ocorrência: SINISTRO DE TRANSITO
Data do fato: 28/05/2016 - horário: 12:HS, APROXIMADAMENTE

Notificante: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA, RG 4071349-
SSP-PB e CPF- 113.222.364-45, brasileiro(a), natural de Sousa-PB,
soltor(a), ESTUDANTE, filho(a) de: INACIO JOSE DA SILVA E ARICELIA
RODRIGUES DE SOUSA, Rua: BASILIA VALE, S/N ,FRANCISCO LINS, NARAZEINHO -
PB.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: DELEGADO PLANTONISTA

Vitima: O NOTIFICANTE

HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: Que no dia e hora acima descrito a notificante afirma que estava conduzindo uma MOTO HONDA CG 150 TITAN KS, ANO/MOD. 2008, CHASSI: 9C2KC08108R318359, PLACA MOD-4634/PB, COR CINZA, LICENCIADA EM NOME DE: JOSE ANDRE EUFRASIO. Que afirma o notificante que trafegava do sitio Poço Redondo, em sentido a Cidade de Nazarezinho, quando ao chegar nas proximidades do Cemitério, surgiu uma moto não identificada, que invadiu sua contramão, vindo a colidir lateralmente em sua moto, que devido ao forte impacto a mesma perdeu o controle, vindo a cair ao solo, sofrendo forte trauma em PE E, alem de escoriações pelo corpo, sendo socorrida por terceiros ate o Hospital Regional da cidade de Sousa, onde recebeu os devidos cuidados medico. **QUE EM VIRTUDE DESTE FATO VEIO A ESTA DELEGACIA REGISTRAR OCORRÊNCIA E PEDIR CERTIDÃO PARA FINS ADMINISTRATIVOS JUNTO AO SEGURO DPVAT.** SEGUINDO DETERMINAÇÃO DA PORTARIA DE N°. 352/2013 DGERAL/SEDS - PB. Onde determina que os boletins de ocorrência sejam registrados em qualquer delegacia deste estado. Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal pela declaração que deu origem a este registro, ficando ciente das penas cominadas no art. N° 299 do CPB. Nada a mais a consignar.

DOCUMENTO 1 *10*



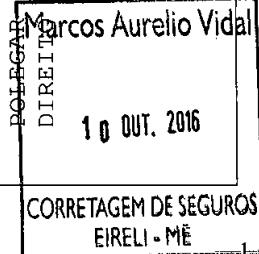
Cajazeiras, 23 de Agosto de 2016

Inacelia Thaynara Rodrigues de Sousa da Silva

Notificante Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Elisangela P. Dantas
Escrivã de Policia
Mat. 155719-0



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JUZA CECILIA FRAYNAR R. DES. DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 4.031.599 e inscrito no CPF/MF sob o nº 113.222.364-95, residente e domiciliado na RUA BASÍLIO VALE, 314, PEANUSO LINS, Cidade PARAÍBA, Estado PB, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DOCUMENTO 3 *T39*

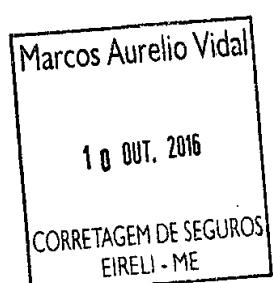


Xrocilio Nogue R. da Silva da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Sousa PB 08/08/2016

Local e data



ESTADO DA PARAÍBA		MATERIAIS - MEDICAMENTOS - OUTROS																				
SUS SECRETARIA DE SAÚDE		Marcos Aurélio Vidal																				
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL 600043581																						
UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS - UPS NAME: HOSPITAL DISTRITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES ENDERECO: RUA - JOSE FACUNDO DE LIRA - SN - CEP: 56043-7 MUNICÍPIO: ESTADO: PARAÍBA																						
DADOS DO PACIENTE NAME: INACÉLIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA PRONT.: 00026055 SEXO: F DN - IDADE: 27/10/1996 - 20 A 31 D RAÇA / COR: PARD MÃE: AURILEIA RODRIGUES DE SOUSA OCUPAÇÃO: NACIONALIDADE: SOUSA - PB SUSPENSAO: CNS: 703401586137900 CEP: 113.222.364-45 DOCUMENTO: Identidade - 4701549 ENDERECO: DISTRITO - BAISLIO VALE - ZONA URBANA COMPLEMENTO: CONTATO: MUNICÍPIO: NAZAREZINHO CEP: 58.817-400 ESTADO: PARAÍBA CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 251000 DATA: 28/05/2016 12:26:06 REGISTRADO POR: mariajose ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) <p><i>Percebeu um humor alterado</i></p> <p><i>Perdeu fome</i></p>																						
CARÁTER DO ATENDIMENTO <p><input type="checkbox"/> 01 - ELETIVO</p> <p><input type="checkbox"/> 02 - URGENCIA</p> <p><input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA</p> <p><input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO</p> <p><input type="checkbox"/> 05 - OUTROS, TIPOS DE LESÕES OU ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS</p>																						
PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO <p><i>Acidente de neto</i></p>																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">MEDICAÇÃO</th> <th colspan="3">DIAGNÓSTICO</th> </tr> <tr> <th><input type="checkbox"/> PRESCRITA</th> <th><input type="checkbox"/> ENCAMINHAMENTO</th> <th><input type="checkbox"/> CID - 10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> APlicada</td> <td><input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> ÓBITO</td> <td><input type="checkbox"/> OUTROS</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				MEDICAÇÃO	DIAGNÓSTICO			<input type="checkbox"/> PRESCRITA	<input type="checkbox"/> ENCAMINHAMENTO	<input type="checkbox"/> CID - 10	<input type="checkbox"/> APlicada	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA			<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL			<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> OUTROS	
MEDICAÇÃO	DIAGNÓSTICO																					
	<input type="checkbox"/> PRESCRITA	<input type="checkbox"/> ENCAMINHAMENTO	<input type="checkbox"/> CID - 10																			
<input type="checkbox"/> APlicada	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA																				
	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL																				
	<input type="checkbox"/> ÓBITO	<input type="checkbox"/> OUTROS																				
PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CÓDIGO - CBO <p><i>1</i></p>																						
ASSINATURA(S) DOS PROFISSIONAIS ASSISTENTE(S) : CARIMBO <p><i>OSVALDO VILAS BOAS</i></p>																						
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS) <table border="1"> <thead> <tr> <th>CNS</th> <th>CBO</th> <th>CRM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				CNS	CBO	CRM																
CNS	CBO	CRM																				
ASSINATURA DO ACOMPANHANTE / PACIENTE / RESPONSÁVEL <p><i>Felipe Ferreira</i></p>																						
OU POLEGAR DIREITO <p><i>Assinatura do revisor clínico</i></p>																						
ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO <p><i>Assinatura do revisor clínico</i></p>																						
10 OUT. 2016 CORRETAGEM DE SEGUROS FIRELI - ME																						



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, INACELIA FAYOLLE RODRIGUES DES. DA SILVA,
 RG nº 4.071.549, data de expedição 20/07/12, Órgão SSP/PPS

CPF nº 113.222.364-45, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua BAZILIO VALE</u>
Número	<u>51</u>
Apto / Complemento	<u>— F — T — e-</u>
Bairro	<u>Francisco Lins</u>
Cidade	<u>NAZARÉ DE ZIMMO</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58 812-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99180-9610</u>
E-mail	<u>— P-X—P — X</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data:

Sexta 08 08/08/2016

Assinatura do Declarante: Suelio Thyma N. de Sá da Silva





GTG DECIEE BE IDA PL 11

CIC RECIFE PE JPA PLT 1
FIDEL FEITOSA
R SINFRONIO NAZARE 58
ESTREITO
58800-788 SOUSA PB

Atendimento Claro - Ligue 1052.
Auto-Atendimento - Ligue *1052#
Na Web - www.claro.com.br/minhaclaro

DOCUMENTO 1 *T1%*

DATA DE



Número do seu Claro	Período de Uso	Vencimento	Total a Pagar
83 99108 1939	de 20/06/2016 a 19/07/2016	12/08/2016	R\$ 48,36

Valor pago na última conta: R\$ 96,81

Veja aqui o que está sendo cobrado

Débitos Anteriores - Ref 07/2016	R\$ 1,08
Total de Débitos	R\$ 1,08
Individuais	
Assinatura Controle	R\$ 46,90
Juros e Multa	R\$ 0,36
Total de Mês	R\$ 47,28

Total a Pagar R\$ 48,36

Veja no verso os detalhes do seu plano e serviços.

10 OUT. 2016

Prezado Cliente,

O total valor a ser pago refere-se à conta atual e eventuais saldos anteriores. Caso tenha efetuado este pagamento, utilize o boleto do Mês, na última página.

Parágrafo sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o PISF e FUNTTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não são repassadas aos preços. Central de Atendimento da Anatel: 1231. Ao lugar, informe o nº da reclamação e questione na prestadora.

Autenticação Mecânicas

Para uso do banco

Digitized by srujanika@gmail.com

17

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.				
Cliente	Código Débito Automático	Período de Uso	Total	Vencimento
FIDEL FEITOSA	143802137	20/06/16 a 19/07/16	R\$ 48,36	12/08/16

8481000000-8 | 48360221201-2 | 60812143802-7 | 13704628122-9



Autentique ação. Micrônica solicitarámos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não desfigurar o código do banco.

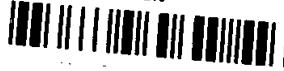


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 16:03:23

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121716032282900000036233703>

Número do documento: 20121716032282900000036233703

Núm. 37988519 - Pág. 14



DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² 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.

Pelo exposto, eu José Ferreira, portador(a) do
 RG nº 438196119, expedido por SSP / SP, em
18/103/1998, CPF/CNPJ nº 074248554-41,
 na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) INACÉIA
FAGYNAZ R. DE S. OT. S. 0004 do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ
 da vítima INACÉIA FAGYNAZ R. DE S. OT. S. 0004, conforme
 determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

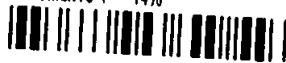
Profissão: Não Possui Renda Mensal: R\$ Não Possui

Documentos comprobatórios: PECUSON

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

Marcos Aurelio Vidal
10 OUT. 2016
CORRETAGEM DE SEGURO: EIRELI - ME





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE ANDRÉ EUFRASIO,RG nº 3.608.695, data de expedição 02/12/2007Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 091.028.184-00 com
domicílio na cidade de NAZAREZINHO, no Estado dePARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Nazarezinho, nº 511,complemento -P-1, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima INACELIA THAYNAR R. DE SOUSA, cujo o condutor eraINACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA.Veículo: Honda / CG 150 Titan LSModelo: 2008Ano: 2008Placa: M004634Chassi: 9C2KLC08108R318359Data do Acidente: 28/05/16Local e Data: SOUSA-PB 03/08/2016Jose André Eufálio

Assinatura do Declarante

INACELIA THAYNAR R. DE SOUSA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

JOSÉ NEVES MOREIRA		Titular: Bel. Plínio Henrique Rodrigues Neves
Serviço Notarial e Registral		Rua Sargento Edílio de Carvalho, 04 - Centro - Sousa-PB
		CEP 58260-030 - Fone: (83) 3521-2010
Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....		
JOSE ANDRÉ EUFRASIO		
Em test. da verdade, Sousa-PB 03/08/2016 08:52:46		
Plínio Henrique Rodrigues Neves - Tabelião		
[2016-009410]ENOL:R\$ 18,49 FARPN:R\$ 0,20 FEPJ:R\$ 1,70 ISS:R\$ 0,25		
SELO DIGITAL: AD869014-SRJ6		
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br		

Plínio Henrique Rodrigues Neves
TABELIÃO E OFICIAL



Marcos Aurelio Vidal
10 OUT. 2016
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



ESTADO DA PARAÍBA		MATERIAIS - MEDICAMENTOS - OUTROS	
SUS SECRETARIA DE SAÚDE			
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL 1600043581			
UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS - UPS NOME: HOSPITAL DISTRITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES ENDEREÇO: RUA - JOSE FACUNDO DE LIRA - S/N. CEP: 2504537 CNES: 2504537 MUNICÍPIO: ESTADO: PARAÍBA UF: 25			
DADOS DO PACIENTE NOME: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA PRONT: 00026055 SEXO: F DN - IDADE: 27/02/1996 - 20 A 31 M 1 D MÃE: AURILEIA RODRIGUES DE SOUSA RAÇA / COR: PARD NATURALIDADE: SOUSA - PB OCUPAÇÃO CNS: 703401586137900 SISPRENATAL: MUNICÍPIO: NAZAREZINHO CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 25100 DATA: 28/05/2016 12:26:06 REGISTRADO, POR: mariajose ENDEREÇO: DISTRITO - BASÍLIO VALE -- ZONA URBANA COMPLEMENTO: CONTATO: CID - 10			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO) Marcos Aurelio Vidal 10 OUT. 2016			
CARÁTER DO ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> 01 - ELETIVO <input type="checkbox"/> 02 - URGÊNCIA <input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVICO DA EMPRESA <input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO <input type="checkbox"/> 05 - OUTROS. TIROS, DE LESÕES OU ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS			
PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO Avenida de nito			
DIAGNÓSTICO CID - 10			
MEDICAÇÃO <input type="checkbox"/> PRESCRITA <input type="checkbox"/> APlicada			
ENCAMINHAMENTO <input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL <input type="checkbox"/> OUTROS			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CÓDIGO - CBO 7			
ASSINATURA(S) DOS ARQUITETOS ASSISTENTE(S) - CARIMBO 08/05/2016 - 10:00 10/05/2016 - 10:00			
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)			
CNS	CBO	CRM	OU PÓLEGAR DIREITO
ASSINATURA DO ACOMPANHANTE / PACIENTE / RESPONSÁVEL 		ASSINATURA DO REVISOR CLÍNICO - CARIMBO 	

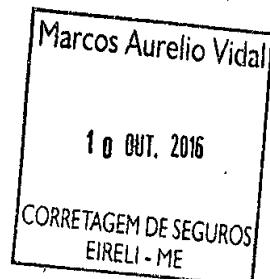
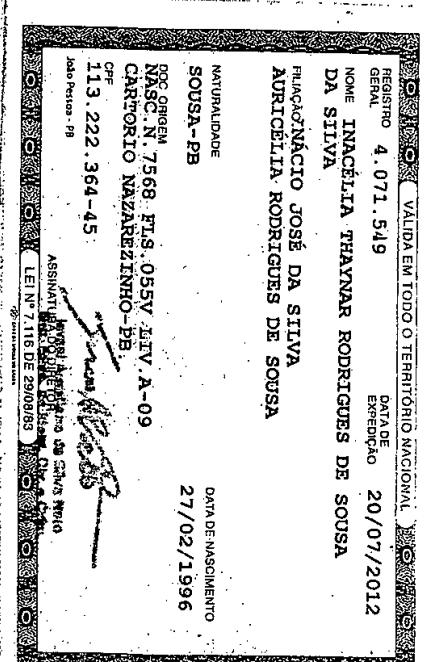
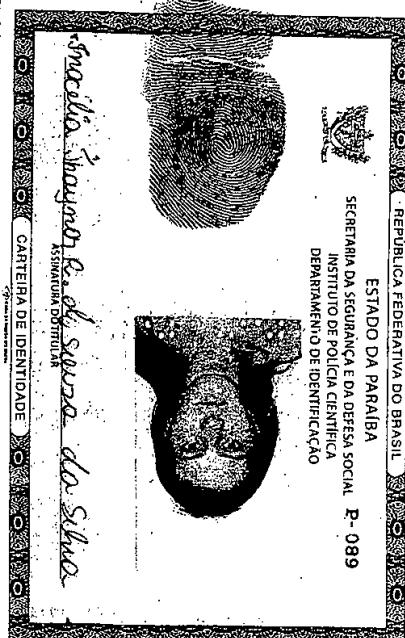
DOCUMENTO 5 "T5%"



CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



DOCUMENTO 6 *T6%



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

113.222.364-45

Número

INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA
SILVA
Nascimento
27/02/1996
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
0E9F.8942.CF52.28E8

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela:
Secretaria da Receita Federal do Brasil
 às 10:18:46 do dia 09/09/2011 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

DOCUMENTO 3 *T3%



República Federativa do Brasil
Conselho Federal de Engenharia e Agronomia
Carteira de Identidade Profissional

Nome: **FIDEL FEITOSA** | Registro Nacional: **160315046-3**

Nome	Documentos de Identidade	Type
0008 ORICIVALDO BATISTA FEITOSA	1381988119 SP/SP	30
LIVRENTINA PINHEIRO CR/003		
CPF		
1074.248.534-41		
Matrícula: 109701/1988 Eixo PROFILO	UF: Minas Gerais	EP: TRADILEIRA
Cracha de Registro	Endereço	Data de Registro
CR/003-70	10/01/2018	04/04/2018
Ass. Profissional	Registro no Cras	
<i>Fidel Feitosa</i>	2714/01	

Nome Profissional:
Técnico em Acroimetraria

Ass. de Profissional:
Fidel Feitosa

Este documento de identidade é válido para fins de CREA de 01/01/2018 a 04/04/2018

Marcos Aurelio Vidal

10 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 16:03:23
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121716032282900000036233703>
Número do documento: 20121716032282900000036233703

Num. 37988519 - Pág. 20

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES		NR 012507092515	
		CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
C. VIA CÓD. RENAVAM EXERCÍCIO R. 1 00117049396 2016		PLACA MOD4634 CHASSI 9C12KCUS1088310359	
CPF / CNPJ 09102818400 PLACA ANT/UF MOVO/PE		COMBUSTÍVEL GLÓSOLINA ANO/FAB. 2008 ANO/MOD. 2008	
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC MARCA / MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS		COR PREDOMINANTE CINZA CATEGORIA PARTIC	
COTA ÚNICA IPVA PAGO EM 24/03/2016 PAÍS IPVA *****		VEN. COTA ÚNICA 1º VEN. / COTAS PARCELAMENTO / COTAS 2º VEN. / COTAS A ***** 3º VEN. / COTAS	
PRÉMIO TARIIFARIO (R\$) 10 (R\$) *****		PRÉMIO TOTAL (R\$) 10 (R\$) DATA DE PAGAMENTO 29/04/2016 OBSEVAÇÕES	
SENAR REGISTRA DE DOMÉNIO MARQUINHO 366331		LOCAL 03/05/2016 DATA 204381 ATENÇÃO: O Chevraus Sônia	
DENITRIN			
CONTRAN			

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.dpvatasegurodotransito.com.br	
PB Nº 012507092515 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE QUATORZAS, CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT	
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO 2016 03/05/2016	
CPF / CNPJ PLACA 09102818400 MOD4634	
RENAVAN MARCA / MODELO 00117049339 HONDA / CG 150 TITAN KS	
ANO FAB. Nº CHASSI 2008 9 0C2KC08108R318359	
PRÊMIO TARIFÁRIO	
R\$ (R\$) DEVAUTRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$) 	
IOF (R\$) XPN (R\$) DATA DE QUITAÇÃO 	
PAGAMENTO PARCELA(DO) 	
COTA ÚNICA PARCELADO 	

Marcos Aurelio Vida!
19 OUT. 2016
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160619991 **Cidade:** Nazarezinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA **Data do acidente:** 28/05/2016 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: TRAUMA EM PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
				Total
			0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160619991 **Cidade:** Nazarezinho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA **Data do acidente:** 28/05/2016 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo corto contundente com perda de tecido na região plantar do pé esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Apresentando edema residual no pé esquerdo. Presença de diminuição da força muscular do pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Periciando sequelado de traumatismo corto contundente com perda de tecido na região plantar do pé esquerdo, tratado com limpeza cirúrgica e sutura, curativo compressivo do mesmo e uso de antibioterapia. Paciente teve alta definitiva em 09/2016

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/11/2016

Conduta mantida:

Observações: MANTIVE FECHAMENTO DO EXAMINADOR CONSIDERANDO DANO FUNCIONAL DO PÉ.

Médico examinador: JOSE GERARDO VALE MATOS

CRM do médico: 3216

UF do CRM do médico: CE

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

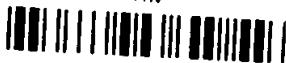
Médico revisor: ARMANDO S ARAUJO

CRM do médico: 52.53331-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO PARTICULAR

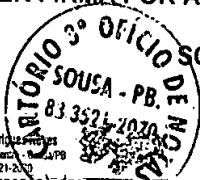
OUTORGANTE: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA, BRASILEIRA, SOLTEIRA, AGRICULTOR, COM 20 ANOS DE IDADE, PORTADOR (A) DO RG-4.071.549-SSP-PB E CPF: 113.222.364-45, RESIDENTE E DOMICILIADA NA RUA BAZILIO VALE, S/N, BAIRRO: FRANCISCO LINS, CEP 58.817-000, NAZAREZINHO – PB.

OUTORGADO: FIDEL FEITOSA, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ESTUDANTE, RG-438196119-SSP/SP E CPF- 074.248.554-41, RESIDENTE DOMICILIADO NA RUA SINFRONIO NAZARÉ, S/ N°, BAIRRO SÃO JOSÉ, CEP. 58.800-000 SOUSA-PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT e suas respectivas consorciadas**, a fim de encaminhar pedido de indenização do Seguro Obrigatório – DPVAT, a que tenho direito, concedendo ao outorgado poderes para assinatura nos formulários de Aviso de Sinistro, Protocolo de Recepção de Documentos, Declaração de Ausência de Laudo do IML, Autorização de Pagamento de Indenização do Seguro DPVAT, podendo enfim assinar ou requerer quaisquer documentos relacionados com o Seguro Obrigatório – DPVAT em meu nome, praticar todos os atos de direito permitidos para perfeito cumprimento deste mandato; da qual figura como vitima: **INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA.**

Inacelia Thaynara de Sousa da Silva

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE



SOUSA-PB, 06 DE JUNHO 2016

Marcos Aurelio Vidal
10 OUT. 2016
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

José Neves Moreira	Titular: Bel Pálio Henrique Rodrigues Neves
Serviço Notarial e Registral	
Rua Sargento Edésio de Carvalho, 04 - Centro - 58.810-078	
CEP 58800-330 - Fone: (83) 3521-2700	
Reconheço "como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....	
INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA.....	
En test. da verdade. Sousa-PB 06/06/2016 11:07:53	
Plínio Henrique Rodrigues Neves - Tabelião	
[2016-006912]EMOL:R\$ 8,49 FAREP:R\$ 0,26 FEP:R\$ 1,70 ISS:R\$ 0,25	
SELO DIGITAL: ADK93879-3365	
Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br	

Plínio Henrique Rodrigues Neves
TABELIÃO E OFICIAL





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOUSA/PB

Processo: 08016026020178150371

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 **INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA**, 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:

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

Houve o pagamento administrativo no valor de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)

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.

Cumpre ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SOUZA, 15 de dezembro de 2020.

**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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 16:03:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121716032379100000036233705>
Número do documento: 20121716032379100000036233705

Num. 37988521 - Pág. 1

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 16:03:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121716032379100000036233705>
Número do documento: 20121716032379100000036233705

Num. 37988521 - Pág. 2



Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Mista de Sousa

Rua Francisco Vieira da Costa, S/N, Raquel Gadelha, SOUSA - PB - CEP: 58804-725

Número do Processo: 0801602-60.2017.8.15.0371
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [Acidente de Trânsito]
Polo ativo: AUTOR: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA
Polo passivo: REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CERTIDÃO

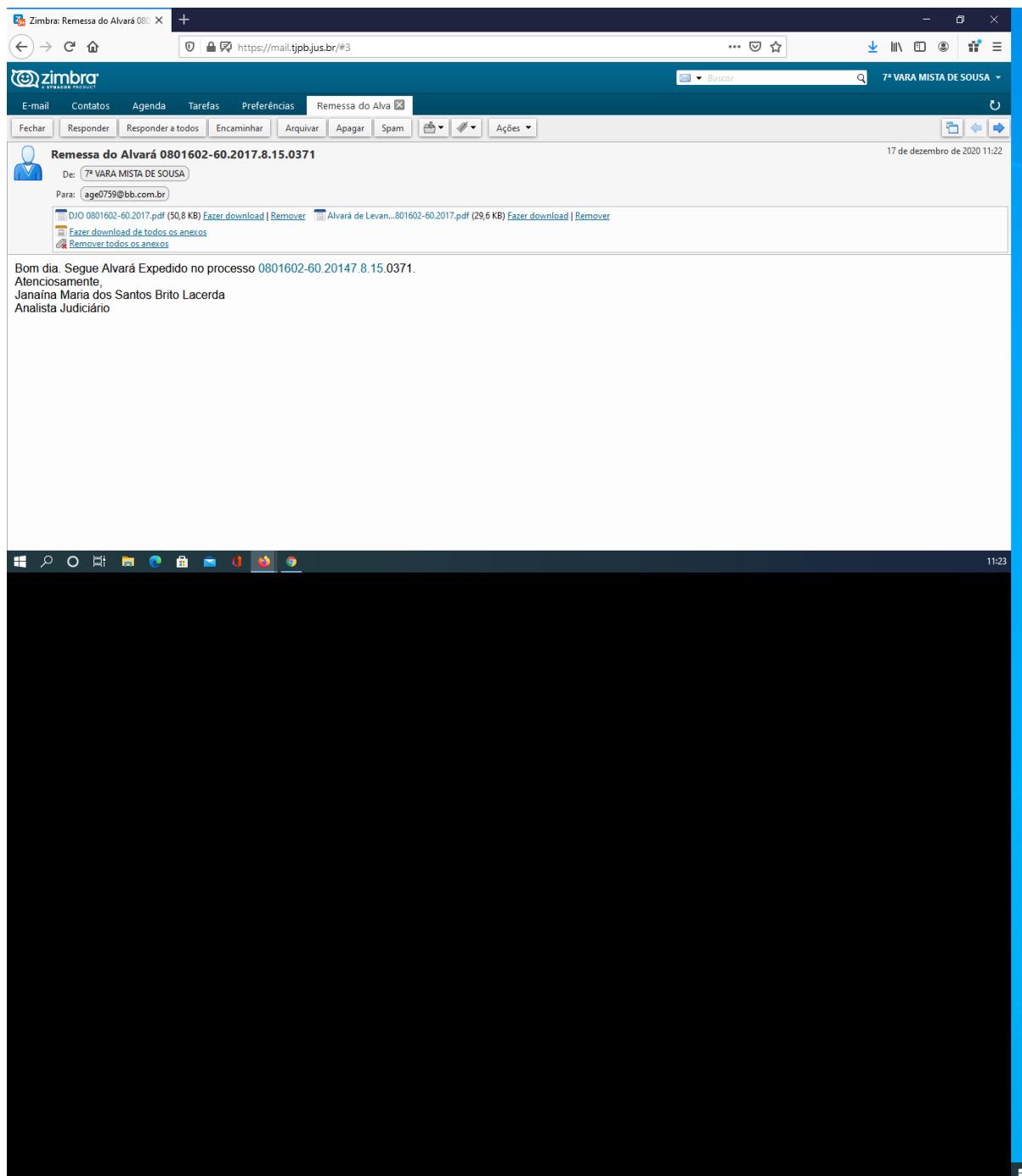
Certifico e dou fé que nesta data, enviei o Alvará expedido nos autos para a Agência do Banco do Brasil, conforme comprovante em anexo.

SOUSA, 17 de dezembro de 2020
JANAINA MARIA DOS SANTOS BRITO LACERDA



Assinado eletronicamente por: JANAINA MARIA DOS SANTOS BRITO LACERDA - 17/12/2020 11:28:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121711283695900000036215252>
Número do documento: 20121711283695900000036215252

Num. 37968925 - Pág. 1



TRIBUNAL DE JUSTIÇA DA PARAÍBA

COMARCA DE SOUSA

Juízo do(a) 7ª Vara Mista de Sousa

Rua Francisco Vieira da Costa, S/N, Raquel Gadelha, SOUSA - PB - CEP: 58804-725

Tel.: () ; e-mail:

Telefone do Telejudiciário: (83) 3216-1440 ou (83) 3216-1581

v.1.00

ALVARA JUDICIAL Nº 345/2020
PROCESSO Nº 0801602-60.2017.8.15.0371

O(A) Excelentíssimo(a) Senhor(a) Doutor(a) VINICIUS SILVA COELHO, Juiz(a) de Direito do 7ª Vara Mista de Sousa, no uso de suas atribuições legais, conforme despacho/sentença de Id retro, proferido nos autos do processo acima referenciado, AUTORIZA o BANCO DO BRASIL, pelo presente alvará, a PAGAR ao(à) Sr(a). CLAUDIA SARMENTO GADELHA, CPF n.º 027.099.114-00, a quantia de **R\$ 200,00 (duzentos reais)**, acrescida de juros e correção monetária, que se encontra depositada nessa instituição financeira, referente a guia que segue abaixo, mediante **crédito na conta bancária** a seguir identificada:

NUMERO E NOME DO BANCO: BANCO DO BRASIL S/A

NUMERO DA AGÊNCIA: 0759-5

NÚMERO DA CONTA: 2812-6

O DJO SEGUE EM ANEXO COMO DOCUMENTO DE COMPROVAÇÃO

Colar aqui a imagem (print) do depósito judicial a ser resgatado.

Deve a aludida instituição financeira proceder em conformidade com a legislação em vigor, dispensada a apresentação de via impressa deste alvará com assinatura física do Juiz, devendo ser verificada a autenticidade desta ordem judicial através do sítio "<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>", bastando, para tanto, ser fornecido o código numérico que se encontra no rodapé deste documento (código de barras). O QUE CUMPRA-SE na forma e sob as penas da lei. Dado e passado nesta cidade de SOUSA-PB, e emitido em 17 de dezembro de 2020. O presente documento foi redigido pelo(a) servidor(a) JANAINA MARIA DOS SANTOS BRITO LACERDA, Analista Judiciário, e assinado eletronicamente pelo(a) Excelentíssimo(a) Senhor(a) Juiz(a) de Direito abaixo discriminado(a).

VINICIUS SILVA COELHO

Juiz(a) de Direito

1- Havendo coincidência do número do processo, do CPF e do nome da parte beneficiária, eventual divergência em relação ao órgão jurisdicional (juizado) no campo “Órgão/Vara”, deverá ser considerada mera irregularidade que não impedirá a liberação do alvará;



Assinado eletronicamente por: VINICIUS SILVA COELHO - 17/12/2020 10:48:56
[http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121710485615600000036204217](https://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121710485615600000036204217)
Número do documento: 20121710485615600000036204217

Num. 37957564 - Pág. 1

2- O presente alvará somente será válido se enviado através do e-mail institucional oficial da unidade judiciária, conforme relação disponibilizada ao Banco do Brasil, em observância aos termos do Ato da Presidência nº 38/2019.



Assinado eletronicamente por: VINICIUS SILVA COELHO - 17/12/2020 10:48:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121710485615600000036204217>
Número do documento: 20121710485615600000036204217

Num. 37957564 - Pág. 2



Nº DA PARCELA 0		DATA DO DEPÓSITO 29/07/2019	AGÊNCIA (PREF / DV) 759	Nº DA CONTA JUDICIAL 1200128933258
DATA DA GUIA 26/07/2019	Nº DA GUIA 2621340	Nº DO PROCESSO 08016026020178150371	TRIBUNAL TRIBUNAL DE JUSTICA	
COMARCA SOUSA		ORGÃO/VARA 7 VARA	DEPOSITANTE RÉU	VALOR DO DEPÓSITO (R\$) 200,00
NOME DO RÉU/IMPETRADO			TIPO DE PESSOA Jurídico	CPF / CNPJ
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA			TIPO DE PESSOA Física	CPF / CNPJ 11322236445
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA 9F89230CBA74C4F5				



Assinado eletronicamente por: VINICIUS SILVA COELHO - 17/12/2020 10:48:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121710485663000000036204827>
Número do documento: 20121710485663000000036204827

Num. 37957578 - Pág. 1



Poder Judiciário da Paraíba
7ª Vara Mista de Sousa

Rua Francisco Vieira da Costa, S/N, Raquel Gadelha, SOUSA - PB - CEP: 58804-725

Número do Processo: 0801602-60.2017.8.15.0371
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto: [Acidente de Trânsito]
Polo ativo: AUTOR: INACELIA THAYNAR RODRIGUES DE SOUSA DA SILVA
Polo passivo: REU: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.

CERTIDÃO

Certifico e dou fé que nesta data, expedi Alvará em favor do perito nomeado nos autos, tendo enviado o expediente para o Magistrado assinar.

SOUSA, 17 de dezembro de 2020
JANAINA MARIA DOS SANTOS BRITO LACERDA



Assinado eletronicamente por: JANAINA MARIA DOS SANTOS BRITO LACERDA - 17/12/2020 08:57:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121708575296900000036204836>
Número do documento: 20121708575296900000036204836

Num. 37957588 - Pág. 1