



Número: **0851717-79.2016.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/10/2016**

Valor da causa: **R\$ 24.880,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO (AUTOR)		RODOLFO NOBREGA DIAS (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36115385	30/10/2020 12:50	<a href="#">Petição</a>	Petição
36115386	30/10/2020 12:50	<a href="#">2648295_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
36115387	30/10/2020 12:50	<a href="#">2648295_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2016

Carta nº: 10065754

A/C: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

Sinistro: 3160637470 ASL-1117293/16  
Vitima: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO  
Data Acidente: 26/12/2013  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://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](http://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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01905/01906 - carta\_01



Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10320386

A/C: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3160637470 ASL-1117293/16  
Vítima: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO  
Data Acidente: 26/12/2013  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 19/10/2016 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 26/12/2013. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Boletim de ocorrência não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00555/00556 - carta\_03



Rio de Janeiro, 08 de Julho de 2017

Carta nº 11273253

a/c: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

Sinistro: 3160637470 ASL-1117293/16  
Vitima: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO  
Data Acidente: 26/12/2013  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01577/01578 - carta\_16

00010789





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 3586011 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 20/10/2003  
 CPF 044407194-05 / CNPJ 000000000-0000-00, PROFISSÃO recusou  
 E RENDA MENSAL DE R\$ recusou (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO 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 PREVIDENCIA SOCIAL ou salário ou benefício;
- 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](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ 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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 81908-7

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.

João Pereira 22 de agosto de 2016 Ednaldo Benedito do Nascimento  
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 12:49:59

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103012495901600000034485929>

Número do documento: 20103012495901600000034485929



CG  
CORRETORA  
29 SET. 2016  
DPVAT/PB





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



"0014"

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO EM 30.1.2016 E  
PORTADOR(A) DO RG Nº 2586017 EXPEDIDO POR 538173  
CPF 0444037194-25 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Recebeu  
E RENDA MENSAL DE R\$ Recebeu (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO 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 Benefício;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF, aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 N° da CONTA (com dígito, se existir) 81908-7

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.

João Lima 22 de agosto de 2016 Ednaldo Benedito do Nascimento  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

CORRETORA

## ! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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 médicas hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodetransito.com.br](http://www.dpvatsegurodetransito.com.br) ou ligue para 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 12:49:59

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103012495901600000034485929>

Número do documento: 20103012495901600000034485929



CG  
CORRETORA

19 OUT. 2016

DPVAT/PB

CG  
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



"0014"

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO EM 01.10.2016 E  
PORTADOR(A) DO RG Nº 2586017 EXPEDIDO POR 538173  
CPF 0444037194-25 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO Recebeu  
E RENDA MENSAL DE R\$ Recebeu (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO 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 Benefício;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF, aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

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

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 N° da CONTA (com dígito, se existir) 81908-7

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.

João Lima 22 de agosto de 2016 Ednaldo Benedito do Nascimento  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

CORRETORA

## ! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, 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 médicas hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 12:49:59

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103012495901600000034485929>

Número do documento: 20103012495901600000034485929



CG  
CORRETORA

19 OUT. 2016

DPVAT/PB

CG  
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB



GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA  
DEFESA SOCIAL  
6ª DELEGACIA DISTRITAL,



## CERTIDÃO

**CERTIFICO** em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1996/2016, na mesma continha o seguinte teor: Aos treze dias do mês de junho do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de Santa Rita e na 6ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado **José Guedes Sobrinho**, às 19:30 horas, compareceu o Sr. **Ednaldo Benedito do Nascimento**, brasileira, solteiro, natural de Mataraca/PB, alfabetizado, portador da cédula de identidade nº 2 586 011 SEDS/PB, com 40 anos de idade, filho de Antonio Benedito do Nascimento e de Maria de Lourdes Conceição, residente à rua Flávio Cavalcante Rosário, s/n, Novo Horizonte, Mataraca/PB, o qual notificou que, na madrugada do dia 26 de dezembro do ano de dois mil e treze, se conduzia na moto Honda/BIZ, ano e modelo 2008, cor preta e placa NNJ 8637 / PB, na rua Aderaldo Silveira de Souza, cidade de Mataraca onde reside e, não sabendo explicar como, provavelmente sono, perdeu o controle e sofreu uma queda, conseqüentemente, foi socorrido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira em João Pessoa/PB e lá, foi diagnosticado Fratura na Clavícula, conforme Laudo Médico apresentado. **Diante o exposto, solicita providências.** O referido é verdade. Dou fé. Eu **Everaldo Martins da Costa**, Escrivão que o digitei.

*[Assinatura]*  
Santa Rita, 13 de junho de 2016.

CG  
CORRETORA

29 SET. 2016

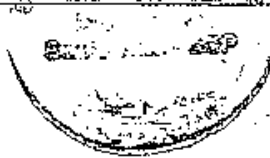
DPVAT/PB





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA  
DEFESA SOCIAL  
6ª DELEGACIA DISTRITAL,



## CERTIDÃO

**CERTIFICO** em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1996/2016, na mesma continha o seguinte teor: Aos treze dias do mês de junho do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de Santa Rita e na 6ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado **José Guedes Sobrinho**, às 19:30 horas, compareceu o Sr. **Ednaldo Benedito do Nascimento**, brasileira, solteiro, natural de Mataraca/PB, alfabetizado, portador da cédula de identidade nº 2 586 011 SEDS/PB, com 40 anos de idade, filho de Antonio Benedito do Nascimento e de Maria de Lourdes Conceição, residente à rua Flávio Cavalcante Rosário, s/n, Novo Horizonte, Mataraca/PB, o qual notificou que, na madrugada do dia 26 de dezembro do ano de dois mil e treze, se conduzia na moto Honda/BIZ, ano e modelo 2008, cor preta e placa NNJ 8637 / PB, na rua Aderaldo Silveira de Souza, cidade de Mataraca onde reside e, não sabendo explicar como, provavelmente sono, perdeu o controle e sofreu uma queda, conseqüentemente, foi socorrido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira em João Pessoa/PB e lá, foi diagnosticado Fratura na Clavícula, conforme Laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrevão que o digitei.

Santa Rita, 13 de junho de 2016.

CG  
CORRETORA

19 OUT. 2016

DPVAT/PB

CG  
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB





GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA  
DEFESA SOCIAL  
6ª DELEGACIA DISTRITAL,



## CERTIDÃO

**CERTIFICO** em razão do meu cargo e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo o livro de ocorrências desta Delegacia, às fls. ocorrência de nº 1996/2016, na mesma continha o seguinte teor: Aos treze dias do mês de junho do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de Santa Rita e na 6ª Delegacia Distrital, onde presente se encontra o Delegado **José Guedes Sobrinho**, às 19:30 horas, compareceu o Sr. **Ednaldo Benedito do Nascimento**, brasileira, solteiro, natural de Mataraca/PB, alfabetizado, portador da cédula de identidade nº 2 586 011 SEDS/PB, com 40 anos de idade, filho de Antonio Benedito do Nascimento e de Maria de Lourdes Conceição, residente à rua Flávio Cavalcante Rosário, s/n, Novo Horizonte, Mataraca/PB, o qual notificou que, na madrugada do dia 26 de dezembro do ano de dois mil e treze, se conduzia na moto Honda/BIZ, ano e modelo 2008, cor preta e placa NNJ 8637 / PB, na rua Aderaldo Silveira de Souza, cidade de Mataraca onde reside e, não sabendo explicar como, provavelmente sono, perdeu o controle e sofreu uma queda, conseqüentemente, foi socorrido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira em João Pessoa/PB e lá, foi diagnosticado Fratura na Clavícula, conforme Laudo Médico apresentado. Diante o exposto, solicita providências. O referido é verdade. Dou fé. Eu Everaldo Martins da Costa, Escrevão que o digitei.

Santa Rita, 13 de junho de 2016.

CG  
CORRETORA

19 OUT. 2016

DPVAT/PB

CG  
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO D



Eu, EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO,  
portador da carteira de identidade nº 2586014 e inscrito no  
CPF nº 044407194-65, residente e domiciliado na  
Rua Flavio Cavalcante Rosario, s/n,  
Bairro Novo Horizonte, Mataraca,  
Cidade Mataraca, 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
- (X) 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 Lider 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.

Ednaldo Benedito do Nascimento

Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação

João Pessoa/PB, 22 de agosto de 2016

Local e data

CG  
CORRETORA  
29 SET. 2016  
DPVAT/PB



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO D**

Eu, EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO,  
portador da carteira de identidade nº 2586014 e inscrito no  
CPF nº 044407194-65, residente e domiciliado na  
Rua Flavio Cavalcante Rosario, s/n,  
Bairro Novo Horizonte, Natal,  
Cidade Natal, 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.

Ednaldo Benedito do Nascimento

Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação

João Pessoa/PB, 22 de agosto de 2016

Local e data

CG  
CORRETORA  
19 OUT. 2016  
DPVAT/PB

CG  
CORRETORA  
29 SET. 2016  
DPVAT/PB

**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO D**

Eu, EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO,  
portador da carteira de identidade nº 2586014 e inscrito no  
CPF nº 044407194-65, residente e domiciliado na  
Rua Flavio Cavalcante Rosario, s/n,  
Bairro Novo Horizonte, Natal,  
Cidade Natal, 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.

Ednaldo Benedito do Nascimento

Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação

João Pessoa/PB, 22 de agosto de 2016

Local e data

CG  
CORRETORA  
19 OUT. 2016  
DPVAT/PB

CG  
CORRETORA  
29 SET. 2016  
DPVAT/PB

(ATO)

RECEITA DE ATENDIMENTO Nº: 603317 Std. Man. Benilac  
Data: 26/12/2016  
Hora: 17:00:44  
Recepcionista: i  
Clínica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE  
Nome: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO Num. de vezes atendido: 1  
CNS: 898000507218479 Sexo: M IDENTIDADE: 2586011 Fone: 86127201  
Natural: MATARACA/PB Data Nasc: 05/01/1976 Id: 38 ano(s)  
End: BAIXORRO DO ALEMAO RUA MARIA JOSE LIRA BATISTA 92 34  
Bairro: BARRA DE CAMARATUBA Cidade: MATARACA UF: PB  
Pai: ANTONIO BENEDITO DO NASCIMENTO  
Mãe: MARIA DE LOURDES CONCEICAO  
Ocupação: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO  
INFORMACOES DE ENTRADA  
Resp: ESPOSA MARIA JOSE MARCOLINO DOS SANTOS  
Tel/Doc. Responsavel: 88304236 / SEM DOCUMENTO: SD  
Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR a

Transporte utilizado: AMBULANCIA  
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM MATARACA DE MADRUGADA AS 2 HS  
Vitima de violência por: PROX ALDEIA CUNARU CONDUTOR DA MOTO MORENO  
☐ Caso Policial

CONDICOES DO PACIENTE AO SE

PRE-CONSULTA

ATEN

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

FA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: 02%:

☐ [ ] Aparentemente B[ em] Grave  
☐ [ ] Politraumatizado[ o ] Convulsao  
☐ [ ] Hemorragia [ ] Dispneia  
☐ [ ] Diarreia [ ] Agitado  
☐ [ ] Regular [ ] Chocado  
☐ [ ] Vômito

Observacao

Queixa Principal

*Algo au do de mlt  
de au*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao CG

CORRETORA

29 SET, 2016

DPVAT/PB

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 12:49:59  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103012495901600000034485929  
Número do documento: 20103012495901600000034485929



Se e Hora : EVOLUCAO MEDICA (assinatura e carimbo)

ata e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

CG  
CORRETORA  
29 SET. 2016  
DPVAT/PB

## ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Data:	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:
:	:	:	:	:

Reservado p/ liberaçao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

DESTINO DO PACIENTE  
[ ] Residência  
[ ] Alta a pedido

☐ Transferido  
☐ Enfermaria

[ ] Desistencia

[ ] Desistencia [ ] OIT  
Obito: [ ] Atestado [ ] SVQ [ ] IML

[ ] UTI

[ ] SVQ [ ] IML.

[ 7 IML..

[ 7 IML..

[ 7 IML..

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico

A CARGO DO GUS



(ATO)



FICHA DE ATENDIMENTO Nº: 603317 Atº: Nao Doculac  
Data: 26/12/2016  
Hora: 17:00:44  
Recepcionista:  
Clínica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE  
Nome: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO  
CNS: 898000507218479 Sexo: M IDENTIDADE: 2586011 Fone: 86127201  
Natural: MATARACA/PB Data Nasc.: 05/01/1976 Id: 38 ano(s)  
End.: BAIRRO DO ALEMAO RUA MARIA JOSE LIRA BATISTA 92-34  
Bairros: BARRA DE CAMARATUBA Cidade: MATARACA UF: PB  
Pai: ANTONIO BENEDITO DO NASCIMENTO  
Mãe: MARIA DE LOURDES CONCEICAO  
Ocupação: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO  
INFORMACOES DE ENTRADA  
Resp.: ESPOSA MARIA JOSE MARCOLINO DOS SANTOS  
Tel/Doc. Responsavel: 88304236 / SEM DOCUMENTO: SD  
Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR A

Transporte utilizado: AMBULANCIA  
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM MATARACA DE MADRUGADA AS 2 HS  
Vitima de violencia por: PROX ALDEIA GUNARU CONDUTOR DA MOTO MORENO  
☐ Caso Policial

CONDICOES DO PACIENTE AO SE

PRE-CONSULTA

ATEN

Tipo de Classificacão de Risco: AMARELO

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glucemia:

IMC:

Circ. Abd:

02%

Queixa Principal

☐ [ ] Aparentemente BC em Grave  
☐ [ ] Politraumatizado ☐ [ ] Convulsao  
☐ [ ] Hemorragia ☐ [ ] Dispneia  
☐ [ ] Diarreia ☐ [ ] Agitado  
☐ [ ] Regular ☐ [ ] Chocado  
☐ [ ] Vômito

Observacao

*Algo au do mto*  
*de ar*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

CG  
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB

CG  
CORRETORA

19 OUT. 2016

DPVAT/PB



A CARGO DO SUS

Assinatura do Paciente/Responsável  
Assinatura e Carimbo do Médico

DESTINO DO PACIENTE  
☐ Alta a pedido  
☐ Residência  
☐ Transferido  
☐ Enfermaria  
Obito: ☐ Atestado ☐ SVD ☐ IML  
☐ UTI  
☐ Desistência

PROCEDIMENTO REALIZADO

Assinatura da Enfermagem  
Reservado p/ liberação

CG  
CORRETORA  
19 OUT. 2016  
DPVAT/PB

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

CG  
CORRETORA  
29 SET. 2016  
DPVAT/PB

Ata e Hora : PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Ata e Hora : EVOLUÇÃO MÉDICA (assinatura e carimbo)

Ficha Nº: 603217




# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda-cópia da conta.  
Balcão para qualquer pagamento da conta: Rua da República, 110, 01033-000, São Paulo, SP. Nº 080.571.883



DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
GILEUDA MARCOLINO DOS SANTOS RUA FLAVIO CAVALCANTE ROSARIO S/N MATARACA			5/1007106-6	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2016	15/07/2016	0	22/07/2016	R\$ 13,36

Acesso: [www.energis.com.br](http://www.energis.com.br)

		GILEUDA MARCOLINO DOS SANTOS Telefone: 08-016-308-6840 CONTA PAGA - Data de Pagamento: 15/08/2016
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
22/07/2016	R\$ 13,36	1007106-2016-07-5



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

RG nº 2586014, data de expedição 20/10/2003,  
Órgão SSP/PB, CPF nº 044.407.194-65, 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  
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Flavio Cavalcante</u> <u>Rosario</u>
Número	<u>S/nº</u>
Aptº / Complemento	
Bairro	<u>Novo Horizonte</u>
Cidade	<u>Mataraca</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58292-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 991807807 / 987778821</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa/PB, 22/08/2016.

Ednaldo Benedito do Nascimento

Assinatura do Declarante



## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é secundário de conta.  
Bônus para clientes pagantes da rede Regulação de energia elétrica: R\$ 000.871.863

ENE  
6r 235, Km 35 - 1



Comprovante de Recuperação

<b>DADOS DO CLIENTE</b>		<b>CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR</b>		
GILEUDA MARCOLINO DOS SANTOS RUA FLAVIO CAVALCANTE ROSARIO S/N MATARACA		5/1007106-6		
<b>REFERENCIA</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>CONSUMO</b>	<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>
JUL/2016	15/07/2016	0	22/07/2016	R\$ 13,36

Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



ESTRADA 400

GILEUDA MARCOLINO DOS SANTOS  
Telefone: 08-015-300-6840  
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 15/08/2016

<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>	<b>MATRICULA</b>
22/07/2016	R\$ 13,36	1007106-2016-07-5



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

RG nº 2586014, data de expedição 20/10/2003,

Órgão SSP/PB, CPF nº 044.407.194-65, 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 Flavio Cavalcante</u> <u>Rosario</u>	<b>CG</b> <b>CORRETORA</b>  <b>19 OUT 2016</b> <b>DPVAT/PB</b>
Número	<u>S/nº</u>	
Aptº / Complemento		
Bairro	<u>Novo Horizonte</u>	
Cidade	<u>Natal</u>	
Estado	<u>Paraná</u>	
CEP	<u>58292-000</u>	
Telefone de contato	<u>(83) 991807807 / 987778821</u>	
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa/PB, 22/08/2016.

Ednaldo Benedito do Nascimento

Assinatura do Declarante



## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é secundário de conta.  
Bônus para clientes pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica: R\$ 000,071,003

ENE  
6r 230, 3m 35 - 1



Comprovante de Recuperação

<b>DADOS DO CLIENTE</b>		<b>CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR</b>		
GILEUDA MARCOLINO DOS SANTOS RUA FLAVIO CAVALCANTE ROSARIO S/N MATARACA		5/1007106-6		
<b>REFERENCIA</b>	<b>APRESENTAÇÃO</b>	<b>CONSUMO</b>	<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>
JUL/2016	15/07/2016	0	22/07/2016	R\$ 13,36

Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



ESTRADA 400

GILEUDA MARCOLINO DOS SANTOS  
Telefone: 08-015-300-6840  
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 15/08/2016

<b>VENCIMENTO</b>	<b>TOTAL A PAGAR</b>	<b>MATRÍCULA</b>
22/07/2016	R\$ 13,36	1007106-2016-07-5



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

RG nº 2586014, data de expedição 20/10/2003,

Órgão SSP/PB, CPF nº 044.407.194-65, 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 segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Flavio Cavalcante</u> <u>Rosario</u>	<b>CG CORRETORA</b>  <b>19 OUT 2016</b> <b>DPVAT/PB</b>
Número	<u>S/nº</u>	
Aptº / Complemento		
Bairro	<u>Novo Horizonte</u>	
Cidade	<u>Natal</u>	
Estado	<u>Paraná</u>	
CEP	<u>58292-000</u>	
Telefone de contato	<u>(83) 991807807 / 987778821</u>	
E-mail		

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa/PB, 22/08/2016.

Ednaldo Benedito do Nascimento

Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Berenice Pessoa da Silva

RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição 1/1, Órgão \_\_\_\_\_,  
portador do CPF nº 646.436.704-37, com Domicílio na  
cidade de Lucena, no Estado de Pernambuco, onde  
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Eugenio de Souza Falcão,  
nº 208, complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que  
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima Ednaldo Benedito do Nascimento,  
cujo o condutor era Ednaldo Benedito do Nascimento

Veículo: HONDA Biz 125 ES  
Ano: 2008 / 2008  
Modelo: Honda / BIZ 125 ES  
Placa: NNJ 8637/PB  
Chassi: 9C2JA04208R137050  
Data do acidente: 26/12/2013

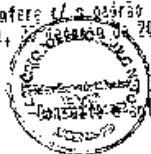
Local e data: Lucena PB - 23/05/2016

X Berenice Pessoa da Silva  
Assinatura do Declarante Proprietário  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



X \_\_\_\_\_  
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status

INSTITUTO DE NOTAS E DE PROTESTO DE TÍTULOS E OFÍCIO DE REGISTRO DE IMÓVEIS, S/A  
Reconheço por autenticidade a firma indicada de  
Berenice Pessoa da Silva  
que confere a assinatura reg. ass. sergentia. Boa fé.  
Lucena, 29 de Setembro de 2016. Em testemunha da verdade  
Salette Borges de Mendonça Santos



tt Selo 66838905-7735 rt  
autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br/>

Symbar



# Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Berenice Pessoa da Silva

RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição 1/1, Órgão \_\_\_\_\_  
 portador do CPF nº 646436704-87, com Domicílio na  
 cidade de Lucena, no Estado de Paraíba, onde  
 resido na (Rua/Avenida/Estrada) Eugenio de Souza Falcão,  
 nº 302, complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que  
 o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente  
 ocorrido com a vítima Ednaldo Benedito do Nascimento  
 cujo o condutor era Ednaldo Benedito do Nascimento

Veículo: HONDA Biz 125 ES  
 Ano: 2008 12008  
 Modelo: Honda/337 125 ES  
 Placa: NNJ 8637/PB  
 Chassi: 9C2JA04208R137050  
 Data do acidente: 26/12/2013

Local e data: Lucena PB - 23/10/2016

CG  
CORRETORA

19 OUT. 2016

DPVAT/PB

X Berenice Pessoa da Silva  
 Assinatura do Declarante-Proprietário  
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

CG  
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB

X \_\_\_\_\_  
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do  
 sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status

INDELEGATÓRIO DE NOTAS E DE PROTESTO DE TÍTULOS E OFÍCIO DE REGISTRO DE TÍTULOS, o  
 reconheço por autenticidade a firma indicada de  
 Berenice Pessoa da Silva  
 que confere a sua matriz reg. nesta serventia. Dos ff.  
 Lucena, 26 de Setembro de 2016. Em testemunha da verdade  
 Silete Borges de Almeida Santos



11 Selo ANJ8904-P735 11  
 Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br/>

Silvestre



## Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, Berenice Pessoa da Silva

RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição 1/1, Órgão \_\_\_\_\_  
portador do CPF nº 646436704-87, com Domicílio na  
cidade de Lucena, no Estado de Paraíba, onde  
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Eugenio de Souza Falcão,  
nº 302, complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que  
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima Ednaldo Benedito do Nascimento  
cujo o condutor era Ednaldo Benedito do Nascimento

Veículo: HONDA Biz 125 ES  
Ano: 2008 12008  
Modelo: Honda/337 125 ES  
Placa: NNJ 8637/PB  
Chassi: 9C2JA04208R137050  
Data do acidente: 26/12/2013

Local e data: Lucena PB - 23/10/2016

CG  
CORRETORA

19 OUT. 2016

DPVAT/PB

X Berenice Pessoa da Silva  
Assinatura do Declarante-Proprietário  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

CG  
CORRETORA

29 SET. 2016

DPVAT/PB

X  
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status

INDEBILITADO DE NOTAS E DE PROTESTO DE TÍTULOS E OFÍCIO DE REGISTRO DE TÍTULOS, o  
Reconheço por autenticidade a firma indicada de  
Berenice Pessoa da Silva  
que confere a sua assinatura, nesta serventia, aos ff. En testemunho da verdade  
Lucena, 23 de Setembro de 2016. Selo e Base de Autenticação Santos



11 Selo ANS0904-P735 11  
Consultar autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br/>

*[Handwritten signature]*



FICHA DE ATENDIMENTO  
REFEITÓRIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA Nº: 603317 Attd: Não Regulat  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA Data: 26/12/2013  
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N Hora: 17:00:44  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980 Recepcionista:  
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28 Clínica: TRAUMATO



DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1  
Nome: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO Num. Prontuario: 2013.12.003128  
CNS: 879000507218479 Sexo: M IDENTIDADE: 2586011 Fone: 86127201  
Natural: MATARACA/PB Data Nasc.: 05/01/1976 Id: 38 ano(s)  
End.: BAIORRO DO ALEMAO RUA MARIA JOSE LIRA BATISTA 92 34  
Bairro: BARRA DE CAMARATUBA Cidade: MATARACA UF: PB  
Pai: ANTONIO BENEDITO DO NASCIMENTO  
Mãe: MARIA DE LOURDES CONCEICAO  
Ocupação: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO  
INFORMACOES DE ENTRADA  
Resp.: ESPOSA MARIA JOSE MARCOLINO DOS SANTOS  
Tel/Doc. Responsavel: 88304236 / SEM DOCUMENTO: SD  
Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR A

Transporte utilizado: AMBULANCIA  
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM MATARACA DE MADRUGADA AS 2 HS  
Vitima de violência por: PROX ALDEIA CUNARU CONDUTOR DA MOTO MORENO  
☐ Caso Policial

PRÉ-CONSULTA  
ATEN

CONDICOES DO PACIENTE AO SE

Tipo de Classificacão de Risco: AMARELO

PA: FR: [ ]  
PC: TP: [ ]  
Peso: Altura: [ ]  
Glicemia: IMC: [ ]  
Circ. Abd: O2%: [ ]

[ ] Aparentemente B[ em] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispnéia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vômito

Queixa Principal

Observação

*Algo au do do ml  
de au*

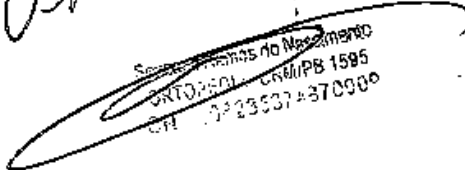
Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao



Data e Hora : EVOLUCAO MEDICA (assinatura e carimbo)

Ficha Nr: 603317

Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

DPVAT/PB  
29 SET 2016  
CORRETORA  
CG

#### ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Atend	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

#### PROCEDIMENTO REALIZADO

#### DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI  
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVD ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

A CARGO DO SUS





## CERTIDÃO


Nº. 1365/2014

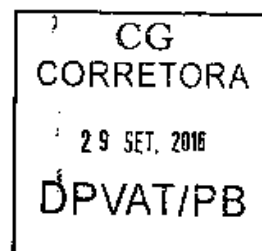
Atendendo solicitação da senhora , EVELYNE BARROS RAMALHO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buriti, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 603317 pertencentes a EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO que foi atendido na Unidade de Urgência e Emergência do Ortopedia no dia 26/12/2013 às 17H00min, vítima de queda de moto, com dor em ombro direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura em clavícula direita. Realizado procedimento cirúrgico em 16.01.2014. Dado alta hospitalar em 17.01.2014.

E para constar eu, CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de julho 2014

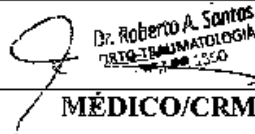
  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA					
Posição e Preparo:					
Incisão:	<p>Preparação e anestesia do campo operatório</p> <p>Incisão longitudinal</p> <p>ao nível da clavícula</p>				
Achados:	<p>Fratura de clavícula</p> <p>usando 1 fio de</p> <p>Wissam no 2.º</p>				
Conduta:	<p>Após a fixação</p> <p>usando</p> <p>uma placa</p> <p>de 12 furos</p>				
Fechamento:	<table border="1"> <tr> <td>CG</td> </tr> <tr> <td>CORRETORA</td> </tr> <tr> <td>29 SET. 2016</td> </tr> <tr> <td>DPVAT/PB</td> </tr> </table>	CG	CORRETORA	29 SET. 2016	DPVAT/PB
CG					
CORRETORA					
29 SET. 2016					
DPVAT/PB					
OBS:					

Data: 16/1/1994

  
 Dr. Roberto A. Santos  
 ORTÓ-TRAUMATOLOGIA  
 1994-1995  
 MÉDICO/CRM

Rua. Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA FICHA DE ATENDIMENTO  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA  
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N  
58056-324 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28  
Data: 26/12/2013  
Hora: 17:00:44  
Recepcionista:  
Clínica: TRAUMATO

DADOS DO PACIENTE: Num. de vezes atendido: 1  
Nome: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO Num. Frontuario: 2013.12.003128  
ENS: 998000507218479 Sexo: M IDENTIDADE: 2586011 Fone: 86127201  
Natural: MATARACA/PB Data Nasc.: 05/01/1976 Id: 38 ano(s)  
End.: BAIRRO DO ALEMAO RUA MARIA JOSE LIRA BATISTA 92 94  
Bairro: BARRA DE CAMARATUBA Cidade: MATARACA UF: PB  
Pai: ANTONIO BENEDITO DO NASCIMENTO  
Mae: MARIA DE LOURDES CONCEICAO  
Ocupacao: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO  
INFORMACOES DE ENTRADA  
Resp.: ESPOSA MARIA JOSE MARCOLINO DOS SANTOS  
Tel./Doc. Responsavel: 88304236 / SEM DOCUMENTO: SD  
Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR A

Transporte utilizado: AMBULANCIA  
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM MATARACA DE MADRUGADA AS 2 HS  
Vitima de violencia por: PROX ALDEIA DUNARU CONDUTOR DA MOTO MORENO  
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA  
ATEN

Tipo de Classificacao de Risco: ANARELO  
PA: FR  
PC: TP  
Peso: Altura:  
Glucemia: IMC:  
Circ. Abdo: 027

CONDICOES DO PACIENTE AO SE

[ ] Aparentemente B[ ] em Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispnéia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vômito

Queixa Principal

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

CG  
CORRETORA  
29 SET. 2016  
DPVAT/PB

CG  
CORRETORA  
19 OUT. 2016  
DPVAT/PB



Data e Hora : EVOLUCAO MEDICA (assinatura e carimbo)

Ficha N°: 603317

Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

CG  
CORRETORA  
29 SET. 2016  
DPVAT/PB

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Atde: Medicamentos Dose Horário Evolução

CG  
CORRETORA  
19 OUT. 2016  
DPVAT/PB

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI  
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

A CARGO DO SUS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 12:49:59

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103012495901600000034485929>

Número do documento: 20103012495901600000034485929



## CERTIDÃO

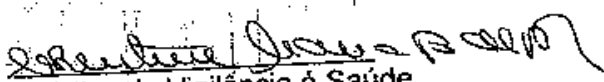
Nº.1365/2014

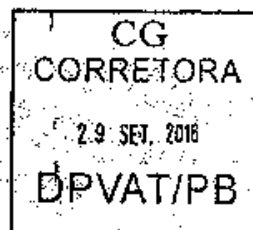
Atendendo solicitação da senhora **EVELYNE BARROS RAMALHO** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 603317 pertencentes a **EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO** que foi atendido na Unidade de Urgência e Emergência do Ortopedia no dia 26/12/2013 às 17H00min, vítima de queda de moto, com dor em ombro direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura em clavícula direita. Realizado procedimento cirúrgico em 16.01.2014. Dado alta hospitalar em 17.01.2014.

E para constar eu, **CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA**, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de julho 2014

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Eduardo Benedito de Marimón</u>			Registro:	
Idade:	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u>AZUL</u>	Clinica:	EMP: _____ LR: _____
Data: <u>16/11/14</u>	Cirurgião: <u>D. Roberto Silva</u>		1º Assistente: <u>Dr. Eudes</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:
Anestesiista: <u>D. Vota</u>	Tipo Anestesia: <u>Geral</u>		Horário: I: _____ T: _____	
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>			<b>CID</b>	
<u>Fístula Anal.</u>				
<u>D.C.</u>				
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>			<b>CID</b>	
<u>Delecção do abscesso</u>				
<u>e drenagem fístula.</u>				
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO(S)</b>			<b>CÓDIGO</b>	
			<b>CG</b>	<b>CG</b>
			<b>CORRETORA</b>	<b>CORRETORA</b>
			<b>19 OUT. 2016</b>	<b>29 SET. 2016</b>
			<b>DPVAT/PB</b>	<b>DPVAT/PB</b>
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 ( ) Não		Descreva:  		
Biópsia de Congelamento: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não				
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: : ( ) Enfermaria 2( ) Terapia Intensiva 3( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico				



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA		
Posição e Preparo:		
Incisão:	<p>Mediana e de 2.ª e 3.ª</p> <p>do campo operatório</p> <p>Incisão longitudinal</p> <p>na região da glândula</p>	
Achados:	<p>Glândula de 2.ª e 3.ª</p> <p>Glândula de 2.ª e 3.ª</p> <p>Glândula de 2.ª e 3.ª</p>	
Conduta:	<p>Glândula de 2.ª e 3.ª</p> <p>Glândula de 2.ª e 3.ª</p> <p>Glândula de 2.ª e 3.ª</p>	
Fechamento:	<p>CG</p> <p>CORRETORA</p> <p>29 SET 2016</p>	<p>CG</p> <p>CORRETORA</p> <p>19 OUT. 2016</p>
OBS:	DPVAT/PB	DPVAT/PB

Data: 10/11/2016

Dr. Roberto A. Santos  
 2016/11/11/2016  
 MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA FICHA DE ATENDIMENTO  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA  
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N  
58056-324 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28  
Data: 26/12/2013  
Hora: 17:00:44  
Recepcionista:  
Clínica: TRAUMATO

DADOS DO PACIENTE  
Nome: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO  
ENS: 998000507218479 Sexo: M IDENTIDADE: 2586011 Fone: 86127201  
Natural: MATARACA/PB Data Nasc.: 05/01/1976 Id: 38 ano(s)  
End: BAIRRO DO ALEMAO RUA MARIA JOSE LIRA BATISTA 92 94  
Bairro: BARRA DE CAMARATUBA Cidade: MATARACA UF: PB  
Pai: ANTONIO BENEDITO DO NASCIMENTO  
Mãe: MARIA DE LOURDES CONCEICAO  
Ocupação: VIGILANTE SEM ESPECIFICACAO  
INFORMACOES DE ENTRADA  
Resp: ESPOSA MARIA JOSE MARCOLINO DOS SANTOS  
Tel/Doc. Responsavel: 98304236 / SEM DOCUMENTO: SD  
Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR A

Transporte utilizado: AMBULANCIA  
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM MATARACA DE MADRUGADA AS 2 HS  
Vitima de violência por: PROX ALDEIA DUNARU CONDUTOR DA MOTO MORENO  
[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA  
ATEN  
Tipo de Classificacao de Risco: ANARELO  
PA: FC: [ ] Aparentemente BD [ ] em Grave  
PC: [ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
Peso: Altura: [ ] Hemorragia [ ] Dispnéia  
Glucemia: IMC: [ ] Diarreia [ ] Agitado  
Circ. Abdi: 02% [ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vômito  
Queixa Principal Observacao

*Algo a ver de mais*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico *Fraqueza de dor*

Conduta *Deixar*

Prescrição Horário da medicação

CG  
CORRETORA  
29 SET. 2016  
DPVAT/PB

CG  
CORRETORA  
19 OUT. 2016  
DPVAT/PB

Selo de autenticidade  
CG CORRETORA  
29 SET. 2016  
DPVAT/PB



Data e Hora : EVOLUCAO MEDICA (assinatura e carimbo)

Ficha N°: 603317

Data e Hora : PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

CG  
CORRETORA  
29 SET. 2016  
DPVAT/PB

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Atde: Medicamentos Dose Horário Evolução

CG  
CORRETORA  
19 OUT. 2016  
DPVAT/PB

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI  
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

A CARGO DO SUS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 12:49:59

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103012495901600000034485929>

Número do documento: 20103012495901600000034485929



## CERTIDÃO

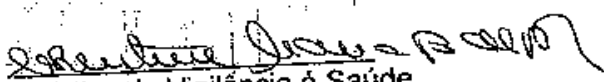
Nº.1365/2014

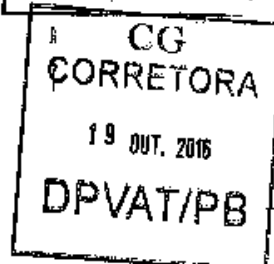
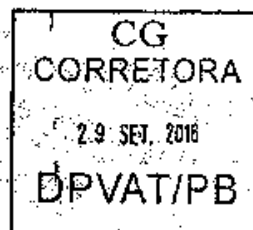
Atendendo solicitação da senhora **EVELYNE BARROS RAMALHO** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística - SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 603317 pertencentes a **EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO** que foi atendido na Unidade de Urgência e Emergência do Ortopedia no dia 26/12/2013 às 17H00min, vítima de queda de moto, com dor em ombro direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura em clavícula direita. Realizado procedimento cirúrgico em 16.01.2014. Dado alta hospitalar em 17.01.2014.

E para constar eu, **CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA**, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 14 de julho 2014

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137





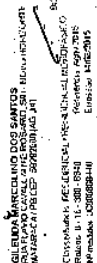
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA		
Posição e Preparo:		
Incisão:	<p>Mediana e de 2.ª e 3.ª</p> <p>do campo operatório</p> <p>Incisão longitudinal</p> <p>na região da glândula</p>	
Achados:	<p>Glândula de 2.ª e 3.ª</p> <p>Glândula de 2.ª e 3.ª</p> <p>Glândula de 2.ª e 3.ª</p>	
Conduta:	<p>Glândula de 2.ª e 3.ª</p> <p>Glândula de 2.ª e 3.ª</p> <p>Glândula de 2.ª e 3.ª</p>	
Fechamento:	<p>CG</p> <p>CORRETORA</p> <p>29 SET 2016</p>	<p>CG</p> <p>CORRETORA</p> <p>19 OUT. 2016</p>
OBS:	DPVAT/PB	DPVAT/PB

Data: 10/11/2016

Dr. Roberto A. Santos  
 2016/11/11/2016  
 MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





Atendimento ao Cliente 0800 083 0195 - [www.hugobrasil.com.br](http://www.hugobrasil.com.br)

Figure 1. The effect of the concentration of the polymer on the gelation time.

Conta referente a  
CDC (Código do Consumidor): 511007106-8  
Canal de contato

Aug 12015

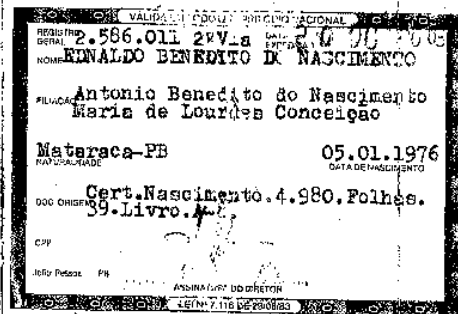
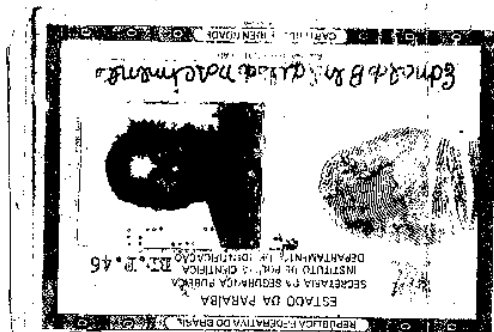
Aug / 2015

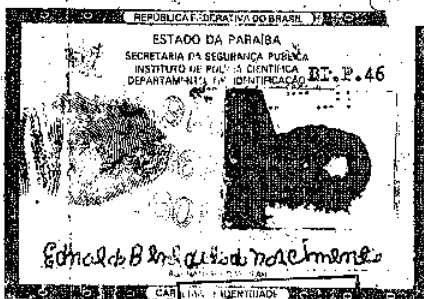
410812015

ata prevista da  
próxima leitura

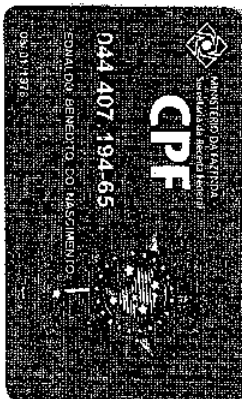
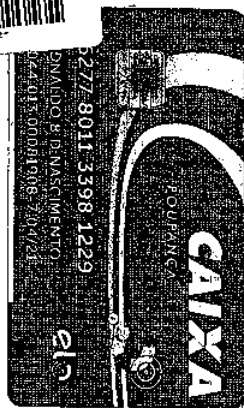
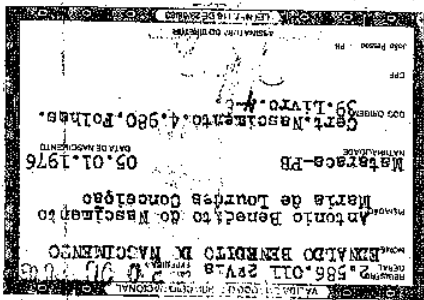
—1.87092715

CG  
CORRETORA  
29 SET. 2015  
DPVAT/PB





CG  
CORRETORA  
DPVAT/PB  
09 JUL 2015



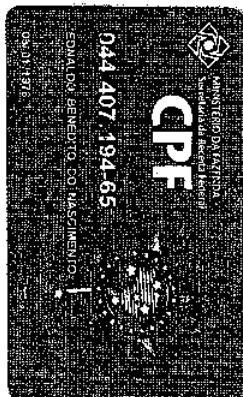
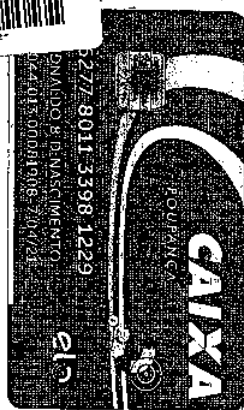
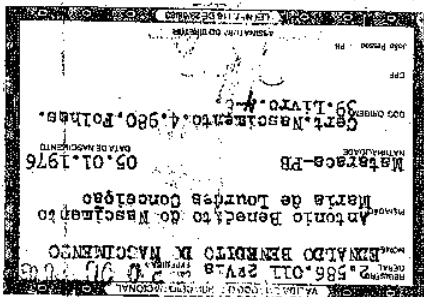
CG  
CORRETORA  
DPVAT/PB  
09 JUL 2015

Canal referente a  
Ago / 2015  
Apresentação  
14/09/2015  
Data prevista da  
próxima leitura  
16/09/2015  
Canal de atendimento  
CPC (código do Consumidor): 5/1007106-6

Assinatura do Cliente: Ednaldo Benedito do Nascimento  
CPF: 044.407.194-65  
Data de emissão: 09/07/2015  
Data de validade: 09/07/2016  
Data de vencimento: 09/07/2016  
Data de emissão: 09/07/2015  
Data de validade: 09/07/2016  
Data de vencimento: 09/07/2016



CG  
CORRETORA  
DPVAT/PB  
09 JUL 2015



CG  
CORRETORA  
DPVAT/PB  
09 JUL 2015

Canal referente a  
Ago / 2015  
Apresentação  
14/09/2015  
Data prevista da  
próxima leitura  
16/09/2015  
Canal de atendimento  
CPC (código do Consumidor): 5/1007106-6

Assinatura do Cliente: Ednaldo Benedito do Nascimento  
CPF: 030.083.0196  
Assinatura do Corretor: Suelio Moreira Torres  
CPF: 030.083.0196  
Assinatura do Corretor: Suelio Moreira Torres  
CPF: 030.083.0196

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - PB** Nº **012298188582**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**  
PRT 20150000620E15-3  
VIA 1 0098380461-3 00/00099999 2015

**BERENICE PESSOA DA SILVA**

64643670487

NNJ8637/PB

PLACA ANT. DE NNJ8637 R. 9C2JA04208R137050

**PAS/MOTONETA/NAO APLIC** **CARROCELO**

**HONDA/BIZ 125 ES** **ANO FAB. 2008** **ANO MOD. 2008**

**2 P/124 /C/** **CATEGORIA PARTIC** **COR PREDO/PNANTE PRETA**

**COTA ÚNICA 00/00/999999**

**FAIXA LÍZ. 0** **PARCELA ÚNICA 3\***

**PREMIO TARIFARIO (R\$) \*\*\*\*\*** **PREMIO TOTAL (R\$) \*\*\*\*\*** **DATA DE PAGAMENTO 15/12/2015**

**SEM RESERVA DE DOMÍNIO**

**LUCENA - PB**

2194



**Arísteu Chaves Sousa**  
SAC DETRAN - PB

17/12/2015  
17043

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS**  
**AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU**  
**TRANSPORTADAS OU NAO**



**PB Nº 012298188582 - BILHETE DE SEGURO DPVAT**

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT**  
**PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO**  
**AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

**www.dpvatsegurodotransito.com.br**

**SAC DPVAT 0800 022 1204**

**EXERCÍCIO 2015** **DATA EMISSÃO 17/12/2015**

**VIA 64643670487** **PLACA NNJ8637/PB**

**12512504613 HONDA/BIZ 125 ES**

**ANO FAB. 2008** **Nº CHASSI 9C2JA04208R137050**

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

**FNE (R\$) \*\*\*\*\*** **DESVANT (R\$) \*\*\*\*\*** **CUSTO DO SEGURO (R\$) \*\*\*\*\***

**CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*** **SEGURO** **PAGAMENTO**

**COTA ÚNICA** **PAGAMENTO** **DATA DE OUTRGAO 16/12/2015**

**SÉGURADORA LÍDER - DPVAT**

**CNPJ 09.248.808/0001-04**

**www.seguradoralider.com.br**

**17043-1053132-20151217**

**CG**  
**CORRETORA**

**29 SET. 2016**

**DPVAT/PB**





local do acidente: Em frente a praça de Mataraes,  
perdeu o controle da moto e caiu ao solo.



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADANIA**

**DETRAN - PB** Nº 012298188582  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**  
 RPT 201500005208153  
 VIA 1 0098380461-1 00/00000000 2015

**BERENICE PESSOA DA SILVA**

646436/0487

PLACA ANT. NNJ8637 RX 5C2JA04208R137050

**PAS/MOTONETA/NAO APIC** **3300LIVA**

**HONDA/BIZ 125 ES** **2008** **2008**

**2 P/124 /C** **PARTIC** **PRETA**

**COTA ÚNICA** **60/00/0000**

**PAGAMENTO** **0** **3\***

**PREMIO TARIFARIO (R\$)** **100,00** **PREMIO TOTAL (R\$)** **100,00** **DATA DE PAGAMENTO** **15/12/2015**

**SEM RESERVA DE DOMÍNIO**

**LUCENA - PB**

**2194** **17/12/2015** **17043**

**Anelido Chaves Sousa**

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS F**  
**AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE**  
**TRANSPORTADAS OU NÃO**

**PB Nº 012298188582 - BILHETE DE SEGURO**

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT**  
**PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO**  
**AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**  
**www.dpvatsegurodotransito.com.br**  
**SAC DPVAT 0800 022 1204**

**EXERCÍCIO** **2015** **DATA EMISSÃO** **17/12/2015**

**VIA** **646436/0487** **PLACA** **NNJ8637/PB**

**RECATAR** **2008** **2008** **613** **HONDA/BIZ 125 ES**

**ANO FAB** **2008** **CALIBRE** **9C2JA04208R137050**

**PREMIO TARIFARIO**

**PREMIO (R\$)** **100,00** **DETRAN (R\$)** **0,00** **CUSTO DO SEGURO (R\$)** **100,00**

**CUSTO DO BILHETE (R\$)** **0,00** **DETRAN (R\$)** **0,00** **PREMIO TOTAL (R\$)** **100,00**

**PAGAMENTO** **0** **3\***

**DATA DE PAGAMENTO** **15/12/2015**

**SEGURO** **P A G O**

**SEGUROADORA LÍDER - DPVAT**  
 CNPJ 08.248.898/0001-44  
 www.seguradoralider.com.br  
 17043-1053132-20151217

**CG**  
**CORRETORA**  
**19 OUT. 2016**  
**DPVAT/PB**

**CG**  
**CORRETORA**  
**29 SET. 2016**  
**DPVAT/PB**



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADANIAIS**

**DETRAN - PB** Nº 012298188582  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**  
 RPT 201500005208153  
 VIA 1 0098380461-1 00/00000000 2015

**BERENICE PESSOA DA SILVA**

646436/0487

PLACA ANT. 111 NNJ8637 RX 5C2JA04208R137050

**PAS/MOTONETA/NAO APIC** **34000000**

**HONDA/BIZ 125 ES** **2008** **2008**

**2 P/124 /C** **PARTIC** **PRETA**

**COTA ÚNICA** **60/00/0000**

**PAGAMENTO** **0** **3\***

**PREMIO TARIFARIO (R\$)** **100,00** **PREMIO TOTAL (R\$)** **100,00** **DATA DE PAGAMENTO** **15/12/2015**

**SEM RESERVA DE DOMÍNIO**

**LUCENA - PB**

**2194** **17/12/2015** **17043**

**Anelid Chaves Sousa**

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS F**  
**AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE**  
**TRANSPORTADAS OU NÃO**

**PB Nº 012298188582 - BILHETE DE SEGURO**

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT**  
**PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO**  
**AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**  
**www.dpvatsegurodotransito.com.br**  
**SAC DPVAT 0800 022 1204**

**EXERCÍCIO** **2015** **DATA EMISSÃO** **17/12/2015**

**VIA** **646436/0487** **PLACA** **NNJ8637/PB**

**RECATAR** **2008** **2008** **613** **HONDA/BIZ 125 ES**

**ANO FAB** **2008** **CALIBRE** **9C2JA04208R137050**

**PREMIO TARIFARIO**

**PREMIO (R\$)** **100,00** **DETRAN (R\$)** **0,00** **CUSTO DO SEGURO (R\$)** **100,00**

**CUSTO DO BILHETE (R\$)** **0,00** **DETRAN (R\$)** **0,00** **PREMIO TOTAL (R\$)** **100,00**

**PAGAMENTO** **0** **3\***

**DATA DE PAGAMENTO** **15/12/2015**

**SEGURO** **P A G O**

**SEGUROADORA LÍDER - DPVAT**  
 CNPJ 08.248.898/0001-44  
 www.seguradoralider.com.br  
 17043-1053132-20151217

**CG**  
**CORRETORA**  
**19 OUT. 2016**  
**DPVAT/PB**

**CG**  
**CORRETORA**  
**29 SET. 2016**  
**DPVAT/PB**





## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO  
 DATA DO ACIDENTE 26/12/2013 CPF DA VÍTIMA 044.407.194-65  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM  
 A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA FLAVIO CAVALCANTE ROSARIO  
 Nº 5/N COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO NOVO HORIZONTE  
 CIDADE MATARAÇA UF PR CEP 58290-000  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE ( ) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO  
 • MORTE = R\$ 13.500,00  
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.  
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.  
 • O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA  
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO  
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE


DATA 22/08/16  
 IDENTIDADE 258.6011  
 ASSINATURA Ednaldo Benedito do Nascimento

## RESPONSÁVEL PELA RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 22/08/16  
 NOME COBRETORA  
 ASSINATURA 29.08.2016  
 DPVAT/PE



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios de Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1090320/16

Vítima: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

CPF: 044.407.194-65

Data do Acidente: 26/12/2013

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO : 044.407.194-65**

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.

#### Portador da documentação entregue

Data: 29/09/2016

Nome: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

CPF/CNPJ: 044.407.194-65

EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

#### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 29/09/2016

Nome: Aldabeth Patrício da Silva

CPF: 892.881.734-04

Aldabeth Patrício da Silva



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO



EXCEÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO  
 DATA DO ACIDENTE 26/12/2013 CPF DA VÍTIMA 044.407194-65  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARANTESCO COM  
 A VÍTIMA É  
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA FLAVIO CAVALCANTE ROSARIO  
 Nº 5/N COMPLEMENTO BAIRRO NOVO HORIZONTE  
 CIDADE MATARACA UF PB CEP 58299-000  
 E-MAIL TELEFONE ( )

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- Obs: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- Obs: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/76.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SEMPRE OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/08/16  
 IDENTIDADE 2586011  
 ASSINATURA Ednaldo Benedito do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 22/08/16  
 NOME Corretor  
 ASSINATURA DPVAT/PB




Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 12:49:59

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103012495901600000034485929>

Número do documento: 20103012495901600000034485929

Num. 36115386 - Pág. 53

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das  
Condições de Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1117293/16  
Vítima: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO Data do Acidente: 26/12/2013  
CPF: 044.407.194-65 CPF de: Próprio Titular do CPF: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de INIL  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO : 044.407.194-65**

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.

#### Portador da documentação entregue

Data: 19/10/2016  
Nome: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO  
CPF/CNPJ: 044.407.194-65

EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

#### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 19/10/2016  
Nome: Aldabeth Patrício da Silva  
CPF: 892.861.734-04

Aldabeth Patrício da Silva

CG  
CORRETORA  
19 OUT. 2016  
DPVAT/PB



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO



EXCEÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

# IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO  
 DATA DO ACIDENTE 26/12/2013 CPF DA VÍTIMA 044.407194-65  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM  
 A VÍTIMA É  
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA FLAVIO CAVALCANTE ROSARIO  
 Nº 5/N COMPLEMENTO BAIRRO Novo Horizonte  
 CIDADE MATARACA UF PB CEP 58239-000  
 E-MAIL TELEFONE ( )

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- Obs: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- Obs: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES SEMPRE OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/08/16  
 IDENTIDADE 2586011  
 ASSINATURA Ednaldo Benedito do Nascimento

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 22/08/16  
 NOME Corretor  
 ASSINATURA DPVAT/PB




Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 12:49:59

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103012495901600000034485929>

Número do documento: 20103012495901600000034485929

Num. 36115386 - Pág. 55

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder das  
Condições de Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1117293/16  
Vítima: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO  
CPF: 044.407.194-65  
Data do Acidente: 26/12/2013  
CPF de: Próprio Titular do CPF: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de INIL  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO : 044.407.194-65**

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.

#### Portador da documentação entregue

Data: 19/10/2016  
Nome: EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO  
CPF/CNPJ: 044.407.194-65

EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO

#### Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 19/10/2016  
Nome: Aldabeth Patrício da Silva  
CPF: 892.861.734-04

Aldabeth Patrício da Silva

CG  
CORRETORA  
19 OUT. 2016  
DPVAT/PB





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

**Processo: 08517177920168152001**

**MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA 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 **EDNALDO BENEDITO DO NASCIMENTO**, 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:

**DA FALTA DE INTERESSE PROCESSUAL**

**PENDÊNCIA DOCUMENTAL**

O processo deve ser extinto sem conhecimento do mérito, porque não concorre uma das condições da ação: o **INTERESSE PROCESSUAL**.

Verifica-se que, o autor ingressou com o pedido administrativo, todavia, incorreu em pendência documental, de maneira que deixou de sanear tal pendência, acarretando no cancelamento do sinistro.

Insta esclarecer que o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro pacificou o tema e conforme o Aviso nº 108/2012 resta incontestável a necessidade de requerer o pagamento administrativo antes de ingressar com ação no Judiciário, vejamos:

***“A prova do requerimento administrativo prévio à seguradora da cobrança da cobertura do seguro DPVAT deve ser exigida pelo juiz no exame da petição inicial”.***

No mesmo sentido, se posicionou o Superior Tribunal de Justiça, vejamos:

**“AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO ESPECIAL. SEGURO. DPVAT. REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. REQUISITO ESSENCIAL PARA CONFIGURAÇÃO DO INTERESSE DE AGIR.**

**Inércia do autor quanto a este pedido. Reversão do entendimento. Impossibilidade. Incursão em matéria fático-probatória. Incidência da Súmula 7/STJ. Violação ao princípio da inafastabilidade do acesso à Justiça. Impossibilidade de exame por esta Corte de Justiça. Matéria atinente à competência do Supremo Tribunal Federal.**

**O requerimento administrativo prévio constitui requisito essencial para o ingresso de demanda judicial.**

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



**(...) 4. Agravo regimental desprovido” (AgRg no REsp 936574/SP, Terceira Turma, Rel. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, julgamento em 02/08/2011).**

Trata-se de oportunizar à seguradora o pagamento extrajudicial, até porque, o requerimento prévio administrativo é requisito essencial para a utilidade da providência jurisdicional, conforme dispõe o art. 5º, § 1º da Lei 6.194/74, abaixo transcrito:

**“Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.**

**(...)**

**§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30**

**(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)(...)”**

A atitude de ingressar com ação antes de tentar solucionar a questão pela via administrativa, que, frise-se, é mais célere, acarreta aglomeração de processos, como se observa com frequência em nosso Judiciário.

Deste modo, verifica-se que a seguradora só se constitui em mora 30 dias após a entrega de todos os documentos legais na esfera administrativa. E, no caso dos autos, o direito de ação nasceria com a recusa do pagamento do sinistro na instância administrativa, o que corresponderia ao evento danoso. Como isto nunca ocorreu, não tem a parte autoral a necessária legitimidade postulatória.

Assim, tendo o autor deixado de cumprir as exigências administrativas à indenização que entende devida, ingressando com a presente ação sem antes eliminar todas as possibilidades, resta claro que não existe interesse na demanda.

Importante salientar, ademais, que as sociedades seguradoras não têm o menor propósito de eximir-se de sua obrigação quando comprovado que é realmente devida a indenização pleiteada, eis que pagar sinistro regularmente coberto é da inerência das suas atividades.

Diante disso, impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, na forma do Art. 485, VI, do CPC, pois a existência do litígio constitui condição lógica do processo, cabendo ser evidenciado que o cidadão não deve e nem pode, a seu livre arbítrio e prazer, acionar a prestação jurisdicional do Estado em conflitos que certamente poderiam ser resolvidos de forma consensual e sem a interferência estatal.

#### **DO LAUDO**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

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



Nota-se que o i. perito utilizou os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixada o quantum indenizatório. Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 28 de outubro 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 12:50:00  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103012495992000000034485930>  
Número do documento: 20103012495992000000034485930

Num. 36115387 - Pág. 3