



Número: **0800269-44.2018.8.15.0531**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **18/10/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ABILIO GARCIA NETO (AUTOR)		ARTHUR ALVES DE MEDEIROS (ADVOGADO) ALBERTO LEITE DE SOUSA PIRES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36115365	30/10/2020 12:47	Petição	Petição
36115366	30/10/2020 12:47	2651393_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
36115368	30/10/2020 12:47	2651393_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ABILIO GARCIA NETO**

Nº Sinistro: **3180275887**

Vítima: **ABILIO GARCIA NETO**

Data do Acidente: **30/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180275887**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12986511

Pag. 01751/01752 - carta_01 - INVALIDEZ



00020876



Rio de Janeiro, 20 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ABILIO GARCIA NETO**
Nº Sinistro: **3180275887**
Vítima: **ABILIO GARCIA NETO**
Data do Acidente: **30/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180275887**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00529/00530 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12987706



Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ABILIO GARCIA NETO**

Nº Sinistro: **3180275887**
Vítima: **ABILIO GARCIA NETO**
Data do Acidente: **30/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180275887**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01079/01080 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13041838



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ABILIO GARCIA NETO**

Nº Sinistro: **3180275887**

Vítima: **ABILIO GARCIA NETO**

Data do Acidente: **30/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador **EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUZA ARAUJO**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180275887**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **30/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00645/00646 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13105579





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: 977.354.344-72 CPF da Vítima: 977.354.344-72 Nome completo da vítima: Abilio Garcia Neto

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	<u>Abilio Garcia Neto</u>		CPF titular da conta	<u>977.354.344-72</u>	Profissão	<u>Agricultor</u>	
Endereço	<u>Sítio Garcia do Feijão</u>		Número	<u>S/N</u>	Complemento	<u>Casa</u>	
Bairro	<u>Área Rural</u>	Cidade	<u>Condado</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58714-000</u>
Email	<u>emmanoela@hotmail.com.br</u>					Telefone (DDD)	<u>(83) 3421-8003</u> <u>(83) 9 9830-1658</u> <u>(83) 9 9655-9484</u> <u>(87) 9 9999-9972</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

0732

(Informar dígito se existir)

CONTA

Nº

00026658

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

0732

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Condado - PB, 12 de Junho de 2018
Local e Data

Abilio Garcia Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017







Rua Bossuet Wanderley, 257, Centro, Patos/PB, CEP: 58700-410 - Tel.: (83) 3423-2553

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada que se encontra registrada nesta Delegacia, a **Ocorrência nº 2379/2018**, cujo teor passa a transcrever na íntegra: Aos DOZE (12) dias do mês de JUNHO do ano DOIS MIL E DEZOITO (2018), nesta cidade de Patos/PB, no Cartório desta Delegacia do Plantão Centralizado, sob a responsabilidade da Autoridade Policial, **Bel. MANOEL MARTINS FERNANDES**, Delegado (o) de Polícia Civil, comigo Escrivão de seu cargo, ao final assinado, compareceu: **ABILIO GARCIA NETO**, brasileiro (a), RG: 3.845.572 SSP/MG, CPF: 977.354.344 72, natural de Condado/PB, data de nasc. 22/09/1962, Filho (a) de Marina Linhares de Araújo e de Felizardo Linhares de Araújo, Residente no Sítio Várzea de Feijão, Zona Rural de Condado/PB, Tel.: (83) 9.81455440, a fim de notificar o seguinte:

Que, o declarante afirma que no dia (30/04/18) por volta 05h00min. estava trafegando em uma estrada vicinal em UMA (01) MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ES, PLACA: MOP 4942/PB, CHASSI:9C2KD0550BR540257, RENAVAM: 002856346405, ANO: 2011/11, COR VERMELHA, Licenciada em nome de Maria Zélia Linhares da Silva; Que o declarante diz que perdeu o controle da motocicleta devido a estrada está muito escorregadia em decorrência de uma chuva que ocorreu na madrugada; Que o declarante diz que após perdeu o controle caiu da moto e em seguida foi socorrido por seu irmão, Antônio Garcia de Araújo; Que o declarante diz que em seguida seu irmão o conduziu para o HRP de Patos/PB, onde foi diagnosticada uma lesão no ombro esquerdo..

Nada mais havendo a constar, encerro a presente certidão que, lida e achada conforme, vai verdade. Dou fé.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade civil e criminal referente ao Registro da Ocorrência supra, que deu origem a presente Certidão. (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos).

Notificante: Abilio Garcia Neto

Patos/PB, 12 de Junho de 2018.


Hermendo Barbosa Rodrigues
Agente de Investigação
Mat.: 168.548-1

DINAMÉRICO WANDERLEY
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR
RUA WANDERLEY, 257 - CENTRO - PATOS/PB - CEP: 58700-410
FONE: (83) 3423-2553 - FAX: (83) 3423-2554

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Patos-PB 12/06/2018 15:06:37
ZULETANIA MEDEIROS DE LUCENA - ESCRIVENTE
[2018-016791] EMPL:R# 2,37 FARPEN:R# 0,28 FEP3:R# 0,47 ISS:R# 0,12
SELO DIGITAL: A4803539-HFH8
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Artlio Garcia Neto</i>	CPF da Vítima 977.359.344-72	Data do Acidente 30/04/2018
--	---------------------------------	--------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email emmanoela@hotmail.com.br	Telefone (DDD) (63) 3421-8003 (63) 9 9855-8484 (87) 9 9999-9976

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Condado - PB 12 de Junho de 2018
Local e Data

Artlio Garcia Neto
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DALI.001 V001/2017



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Abilio Garcia Neto

CPF da Vítima

977.354.344 - 72

Data do Acidente

30 / 04 / 2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

emmanoela@hotmail.com.br

Telefone (DDD) (83) 3421-8003
(83) 9 9655-9484
(87) 9 9999-9976

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



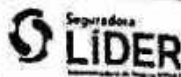
Pondado - PB 26 de Junho de 2018
Local e Data

Abilio Garcia Neto
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Abilio Garcia Neto

CPF da Vítima

933.354.344 - 72

Data do Acidente

30 / 04 / 2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante Legal

Email emmanuela@hotmail.com.br

Telefone (DDD) (33) 3421-8003
(33) 9 9655-6484
(33) 9 9999-9978

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

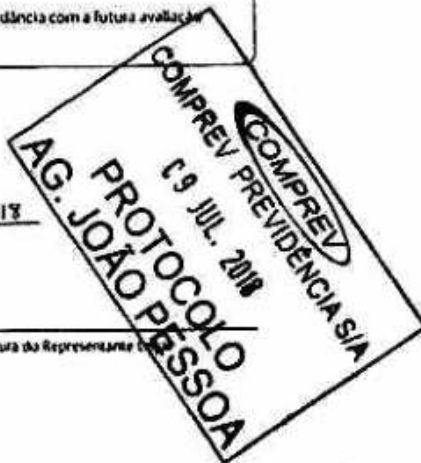
Parade BB 26 de Junho de 2018

Local e Data

Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante

DALI 003 V001/7017



ABILIO GARCIA NETO
SIT. VAREZA DO FELICIAO, S/N - AREA RURAL
CONDADO - PR CEP: 88714-000 (AG 179)

Emissão: 23/05/2018 Referência: Mai 2018
Cidade: Jussara - RESIDENCIAL BARRA VERDE MONTE PASCO
Rua: 12 - 27 - 700 - 900 N. Medidor: 0333851-004



ENERGISA PARANÁ, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
87234-000 - Cx. Postal: 100 - Jussara - PR CEP: 87234-000
UNP/PR-005 - 1000001-00 - Ins. Est. 0016.125-0
N.º de F.º de Cont. de Energia Elétrica: 00000000000000000000
Código para Débito Automático: 00004020000

Atendimento ao Cliente ENERGISA: **0800 083 0196** Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Mai / 2018	23/05/2018	22/06/2018	97735434472 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/652696-6**

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - 100% fornecida pelo
nº 10.436 de 26 de abril de 2003.
Regra: O adquirente de Energia Elétrica tem o direito de acesso à energia e o direito de
uso da rede de distribuição de energia elétrica. Você tem o direito de acesso à rede de distribuição de energia elétrica.
Informações sobre a tarifa de energia e diversos outros serviços.
Tudo o que precisa saber de casa. Exigência e pagamento de tarifas.
Facilidades.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
23/04/18	4058	23/05/18	4125	1	71	30

Demonstrativo									
CD	Descrição	Quantidade	Unidade	Valor em R\$	Valor em kWh	Valor em kWh	Valor em kWh	Valor em kWh	Valor em kWh
		Total	(R\$)	(R\$)	(kWh)	(kWh)	(kWh)	(kWh)	(kWh)
0001	Consumo de kWh - BR	30,30	0,23870	1,10	7,10	25	1,77	1,10	0,24
0001	Consumo de kWh - BR	41,80	0,47870	16,85	16,85	25	4,18	16,85	0,10
0001	Adic. B. Energia	0,50	0,00000	0,50	0,50	25	0,04	0,50	0,00
0001	Subtotal	72,60	0,71740	28,45	28,45	25	6,44	28,45	0,15
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0001	CONTRIB. ILUM. PÚBLICA	0,00	0,00000	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0001	COMP. INDICADOR QCD TRIMESTRAL 03/2018	-0,01	0,00000	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0001	Devolução Suprimento	0,00	0,00000	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCI Cadaque Classificação da taxa: TOTAL 40,95 40,95 12,48 40,95 0,30 1,42

Média últimos meses (kWh): **30** **VENCIMENTO 30/05/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 40,95**

Histórico de Consumo (kWh)												
43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55
Mar/17	Jun/17	Set/17	Dez/17	Mar/18	Jun/18	Set/18	Dez/18	Mar/19	Jun/19	Set/19	Dez/19	Mar/20

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EMMANOELA S. P. V. DE SOUZA ARAÚJO inscrito (a) no CPF 020.848.084 / 01 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Abilio Garcia Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 977.354.344 / 72, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vitima Abilio Garcia Neto, inscrito (a) no CPF sob o Nº 977.354.344 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO-ME Renda: RECUSO-ME e apresento os documentos comprobatórios: RG, CPF, TITULO ELEITORAL, CERTIDÃO DE CASAMENTO, CARTEIRA DE TRABALHO.

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: RUA TITICO GOMES		Número 405	Complemento Casa
Bairro BELO HORIZONTE	Cidade PATOS	Estado PARAIBA	CEP 58700-000
Email emmanuela@hotmail.com.br	Telefone comercial(DDD) (83) 3421-8003	Telefone celular (DDD) (83) 9 9655-9484 (87) 9. 9999-9976	

Patos-PB, 12 de Junho de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante



DLDR001 V001/2017



EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL

Data Hora

PARECERES

Às 15:30
Realizado atendimento
de 1º atendimento @ 01/11
função maior
medica. Realizado em bloco ex. d

(D. Ferreira)
Referencia
D.G. ex. f. P. 11-1
Atto.
Caso clínico de
exame de físico.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
PREVIDÊNCIA S/A
2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





HOSPITAL REGIONAL DE PATOS
RUA HORACIO NOBREGA, S/N
PATOS PARAIBA (83)3423-2741

Cod. Intern. 30156

Data/Hora 30/4/2018 14:25:03

Prontuario: 110595
Ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTOCICLETA)
Classif. Risco: VERDE Transporte: VEICULO PROPRIO
Origem: VIA PUBLICA

Reg: N Enc: N

Servidor do Dr.:

Paciente ABILIO GARCIA NETO

Idade: 55 Gênero: HOMEM CIS

Filiação

Filiação I MARINA LINHARES DE ARAUJO
Filiação II FELIZARDO LINHARES DE ARAUJO

Endereço

Cidade: CONDADO - PB - 58714-000 - 2504504
Endereço: SÍTIO VARZEA DO FEIJAO
Bairro: ZONA RURAL
Naturalidade: CONDADO - PB
Fone: (83)98145-5440

N.:

Documentos

CNS: 703-6040-6794-9336
Identidade: 6845572
CPF:
Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 22/9/1962
Cor: PARDA
Estado Civil: N.INF.
Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

CID:

DADOS DA SAÍDA

Data: / /

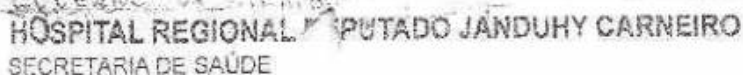
hora: H S Min

Motivo: () Alta Curado () Alta Melhorado () Alta a pedido () Transfência () Evasão () Óbito

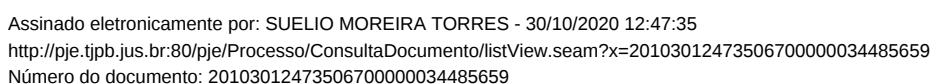
Médico/CRM

Letra ilegível não é legal (CEM Cap. 3, Art 11)





COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL					
PACIENTE <i>Abilio Garcia Neto</i>					GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE  HOSPITAL REGIONAL DEP. JANDINY CARNEIRO
UF <i>Paraíba</i>	LEITO <i>151E</i>	CONVÊNIO <i>SUS</i>	IDADE <i>55 anos</i>	REGISTRO <i>310595</i>	
CIRURGIAS <i>Pedra e Mobilização</i>			CIRURGIÃO <i>Dr. Diego e Dr. Zuan</i>		
ANESTESIA <i>Sedação</i>			ANESTESISTA <i>Dr. Raul</i>		
INSTRUMENTADORA <i>Fabrizio</i>	DATA <i>30-04-18</i>	INÍCIO <i>15:50</i>	FIM <i>16:10</i>		

MATERIAL

QUANTIDADE	MATERIAL	QUANTIDADE	MATERIAL
	TX. de Instrumentador	1	Equipe p/ soro e sangue
	TX. Capnógrafo		Scalp
	TX. Bomba de Infusão		Luvas Est. p/ Procedimentos
	TX. Aplicação de Sangue		Lâmina de Bisturi
	TX. Monitor Córdio-Respirador		Sonda de Foley
	TX. de Laser		Coletor de Urina
	TX. de Curativo		Seringa 1 ml
	TX. de Instalação S. Vesical		Seringa 3 ml
	TX. Sala		Seringa 5 ml
	TX. Bisturi Elétrico	1	Seringa 10 ml
	TX. Aspirador Elétrico	1	Seringa 20 ml
	TX. Oxímetro de Pulso		Eletrodos desc.
	Neocain		Atadura de Crepom 10cm
	Halotano	1	Atadura de Crepom 20cm
	Thionembatal		Atadura Gessada 10cm
	Quelicin		Sonda Uretral
	Pavulon		Sonda Nasogástrica
	Dominid		Eter Sulfúrico
	Fentanil 0,05mg		Dreno Penrose
	Xilestesin a 5%		Dreno Sucção
	Inoval		Dreno de Tórax
	Xilocaína a 2%		Esperadrupo
	Etodimide		Xilocaína Gel
	Ketalar		Álcool 70%
	Pubicovina 0,5%		PVP/Tintura
	Dimorf		Gases
	Lanexat 0,5ml		Algodão Hidrófilo
	Nar. n		Algodão Ortopédico
	Forane		Cidex
	Sufenta <i>Propofol</i>		Vaselina Estéril
	Diazepam		Agulha descartável
17	Água destilada 10ml		Pastilha de Formol
	Prostigmine		Fio Cromado 0 c/ agulha
	Atropina		Fio Cromado 0 s/ agulha
	Adrenalina		Fio Cromado 1 c/ agulha
	Efortil		Fio Cromado 1 s/ agulha
	Cefalotina 19g		Fio Cromado 2-0 c/ agulha
	Dixtal		Fio Cromado 2-0 s/ agulha
1	Rasul <i>Band</i>		Cat-gut simples 0 c/ agulha
	Dipirona		Cat-gut simples 0 s/ agulha
	Esparin 5000 VI		Cat-gut simples 2-0 c/ agulha
	Tilatil		Cat-gut simples 2-0 s/ agulha
	Amicacina 500mg		Cat-gut 2-0 p/ amigdalectomia
	Agulha de Raque Descartável		Cat-gut simples 3-0 c/ agulha
	Abbotate 20 e 22		Polycot 0 c/ agulha
	Polycot 0 s/ agulha		Polycot 2-0 c/ agulha
	Polycot 2-0 s/ agulha		Polycot 3-0 c/ agulha
	Polycot 3-0 s/ agulha		Prolene 2-0 c/ agulha
	Prolene 0 c/ agulha		

15 JUL 2018
AG. JOÃO PESSOA
COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A





GOVERNO DA PARAÍBA
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL "DEP. JANDUHY CARNEIRO"



007 542

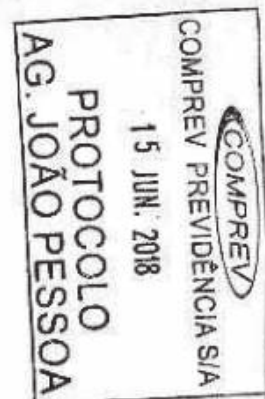
Laudo Médico

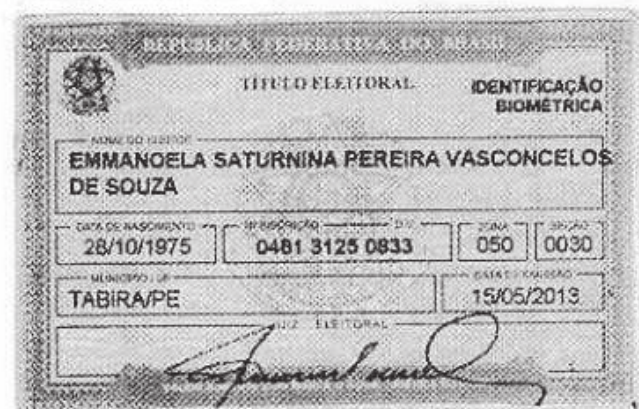
O PACIENTE ABILIO SARA-
EIRA NETO SOFRAU A PREENHE-
R POR MORBIDEZ DA EM 30
DE ABRIL DE 2018, SOFREN-
DO FRACTURA ELAVIPURA EM
(ESQUERDA), SUBMETIDO A
DO POSICIONAMENTO, EVOLU-
BEM, NO MOMENTO, DE
ALTO MEDIO;

12/6/18

DR. WILSON JUCA
ORIENTADOR
ORIENTADOR

Rua Horácio Nobrega, S/N - Belo Horizonte
Tel.: (83) 3423-2741 - Patos - PB.





VALIDAÇÃO DO DDT NACIONAL

4.572.305 DATA 04.01.1994

EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUSA

Antonio Kayler de Souza

Maria Angela Pereira Vasconcelos de Souza.

Tabira-PE. DATA DE NASCIMENTO 28.10.1975

Cert. Nas. 1316 1.66 F. 57 Art. da Tabira-PE.

ASSINATURA DO ELETOR

LEIA 7 Vezes de Número

CÓDIGO DE CONTROLE

06EA 5464.DC0C.B5A2



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 11:13:12 do dia 30/05/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO MARFOLIO DIGITAL DO ELETOR

Emmanoela S. P. Vasconcelos

EMMANOELA SATURNINA PEREIRA VASCONCELOS DE SOUSA

Antonio Kayler de Souza

Maria Angela Pereira Vasconcelos de Souza

DATA 04.01.1994

ASSINATURA DO ELETOR

ASSINATURA DO MARFOLIO DIGITAL DO ELETOR

DATA 04.01.1994

ASSINATURA DO MARFOLIO DIGITAL DO ELETOR

COMPREV

COMPREV PREVIDENCIA S/A

15 JUN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Abilio Garcia Neto
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Agricultor
Identidade: 6.845.572 CPF: 977.354.344-72
Endereço: Sítio Varzea do Feijão, s/n - Área Rural, Condado - PB

OUTORGADO:

Nome: Emmanoela Saturnina Pereira Vasconcelos de Souza Araújo
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: Casada Profissão: Empresária Identidade: 4.672.305
CPF: 029.848.084-01 Endereço: Rua Titico Gomes, 405 - Bairro: Bela Vista - CEP: 58704-460 - Patos-PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, a ser creditada em conta de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, hospital, delegacia, samu, bombeiro, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima Abilio Garcia Neto.

Patos - PB, 01 / Junho / 2018

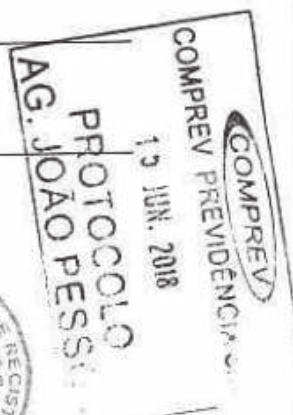
Local e data

ALDO
XAVIER

Abilio Garcia Neto

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
ABILIO GARCIA NETO
Em testada verdade. Patos-PB 01/06/2018 11:54:16
Arlene N. Xavier Dantas - Tabelão Substituta
(2018-005635)ENCL:R\$ 15,40 FAFEM:R\$ 0,38 FEPI:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0
SELO DIGITAL: A6231705-FOL4
Confira a autenticidade em sitedigital.tjpb.jus.br





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

Processo: 08002694420188150531

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ABILIO GARCIA NETO**, 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:

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPOSTO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços

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



na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

PATOS, 28 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

