



09/07/2021

Número: **0856144-17.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS (AUTOR)	GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO) ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO)
BRDESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45560635	09/07/2021 13:10	Petição	Petição
45560636	09/07/2021 13:10	2660509_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_03	Outros Documentos
45560639	09/07/2021 13:10	2660509_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
45560641	09/07/2021 13:10	2660509_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190243374

Vítima: ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14127671

Pag. 00189/00190 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190243374

Vítima: ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01945/01946 - carta_02 - INVALIDEZ

00050973



Carta nº 14153440





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

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190243374

Vítima: ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS

Data do Acidente: 22/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001911

Conta: 0000014077-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190243374 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADONJONHSON CAVALCANTE **Data do acidente:** 22/09/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS
MARTINS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO, EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO TORNOZELO DIREITO, PORÉM RESULTOU EM EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/04/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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



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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 054.640.944-07 Nome completo da vítima: Adonijonhson Cavalcante Martin

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

Nome completo: Adonijonhson Cavalcante Martin CPF: 054.640.944-07
Profissão: monitor Endereço: R. Pedro Nunes Número: 108 Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Bayeux Estado: PB CEP: 58.305-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): (83) 99921.9293

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

REDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (003) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1911 CONTA: 14077
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(s): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (nã nascido)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: JOÃO PESSOA, 29/03/2019
Nome: Adonijonhson Cavalcante Martin
CPF: 054.640.944-07

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
Assinatura: 29 MAR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-as a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



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

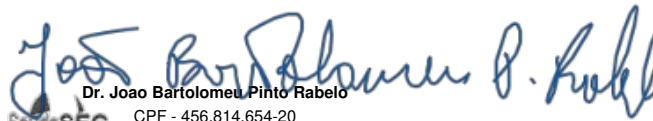
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190243374
Nome do(a) Examinado(a): Adonijohnson Cavalcante Martins
Endereço do(a) Examinado(a): R Pedro Ulisses, 108
Centro Bayeux PB CEP: 58306-230
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2588599
Data local do acidente: [22/09/2018]
Data local do exame: [12/04/2019] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ FISIOTERAPIA.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 10/01/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO, EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO DIREITO.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo
CPF - 456.814.654-20
CRM/PB - 4518





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03186.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03186.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:52 horas do dia 21 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Inácio da Silva Neto, Agente de Investigação, matrícula 1273345, ao final assinado, compareceu **Adonjonhson Cavalcante Martins**, CPF nº 054.640.944-07, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Monitor de Produção, filho(a) de Rubinete Cavalcante Martins e Adonias Martins da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 12/05/1984 (34 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Dr. Pedro Wlisses, Nº 108, complemento CASA, bairro Centro, tendo como ponto de referência Proximo Antiga Braz Cordas, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98743-8151.

Dados do(s) Fatos:

Local: Proximo a Boate Ponte Preta, João Pessoa/PB, bairro Mandacaru; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 22/09/18 05:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

Local: Proximo a Boate Ponte Preta/contorno das Cinco Bocas, João Pessoa/PB, bairro Mandacaru; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 22/09/18 05:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE FOI VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO NO DIA 22/09/2018, ÀS 05 HORAS DA MANHÃ, NAS CINCO BOCAS, NO BAIRRO MANDACARU, QUANDO ESTAVA GUIANDO A MOTO HONDA/CG 125 FAN KS, PRETA DE PLACA NPZ 2221/PB, CHASSI 9C2JC4110ER115482, REGISTRADA NO DETRAN/PB EM NOME DE BRUNO HUGO CORDEIRO DA SILVA LEITE, CPF, 114.293.784-41. FATO OCORREU QUANDO UM VEICULO DIRIGIDO POR UMA PESSOA O QUAL PASSOU EM FRENTE DA MOTO LHE TRANCADO, EM SEGUIDA EVADIU-SE DO LOCAL, FAZENDO COM QUE DESSE UMA FRENAGEM BRUSCA NA MOTO VINDO CAIR AO CHÃO, AO CAIR DESMAIOU E FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS EM VEICULO PARTICULAR PAR AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MAGABEIRA, LA CHEGANDO FOI ATENDIDO E SUBMETIDO A EXAMES DE IMAGEM QUE EVIDENCIOU FRATURA DE FIBULA DIREITA, E NO DIA 03/10/2018, FOI FEITO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, COM ALTA MÉDICA NO DIA 04/10/2018.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.



Procedimento Policial: 03186.01.2019.1.00.401



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
P A R A Í B A



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 21 de março de 2019.


JOSÉ INÁCIO DA SILVA NETO
Agente de Investigação


ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS
Noticiante

Procedimento Policial: 03186.01.2019.1.00.401

2/2



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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 054.640.944-07 Nome completo da vítima: Adonijonhson Cavalcante Martins

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 446/2012

Nome completo: Adonijonhson Cavalcante Martins CPF: 054.640.944-07
 Profissão: monitor Endereço: R. Pedro Nunes Número: 108 Complemento: _____
 Bairro: Centro Cidade: Bayeux Estado: PI CEP: 58.305-000
 E-mail: _____ Tel.(DDD): (83) 99921.9293

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

RENDAS MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343) ☐ Banco do Brasil (003) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 1911 CONTA: 14077 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
 - (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(s): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (nã nascido)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Local e Data: JOÃO PESSOA, 29/03/2019
 Nome: Adonijonhson Cavalcante Martins
 CPF: 054.640.944-07

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 Assinatura: 29 MAR. 2019
PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-as e dando-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



URA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
LEDO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. PARCISIO BURITY

Ficha Nr: 165716 Atd: Nao Regula
Data: 22/09/2018
Hora: 06:04:35
Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO DE
Clinica: CIRURGICA

1 GENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ: -

DADOS DO PACIENTE

Nome: ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS
CNS: 201324125210002 Sexo: M IDENTIDADE: 2588599 Fone: 988646367
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 12/05/1984 Id: 34 ano(s)

End.: RUA SENHOR DO BONFIM, 138
Bairro: CENTRO Cidade: BAYEUX UF: PB

Mae: RUBINETE CAVALCANTE MARTINS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUXILIAR DE PRODUCAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: PAI

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2018.09.003080

Pai: ADONIAS MARTINS DA SILVA

Estado Civil: NAO INFORMADO

Escolaridade:

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violência por: QUEDA DE MOTO NAS 5 BOCAS EM MANDACARU AS 05:00H

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abo: O2%: VAT 10 anos

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Incontinencia

[] Diarreia

[] Regular

[] Vômito

Observacao

Queixa Principal: 7.40 # CIR CEFAL#

Paciente trazido por familiar com
de capote. Nega dor, vômito
ou febre. Dito

parece estar bem
em todo o corpo

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

A - VAP em estado de
atrito D - glauco 15 PPA E - urina em
dele em 100% D ABD. indol

Diagnostico

Conduta

1. Rx torax D AP/P
2. Analise de urina
3. ATB 1. amoxicilina

Prescrição

Horario da medicação

4. DTA 100mg 1x

1. Dolo 100mg 1x
2. Dolo 100mg 1x

Raquel Bezerra Estrela
Médica
CRM - PB 7373



23/09 - Psicologia (22:00h)
Realizado acolhimento + orient.

Andréiros
357.226.004-49
13/2058

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Ortopedia: Fratura braço
3-1/4
Rx Fratura Ulnar C
Leris

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

CO. 1000 Boto
Intenso
Augtino

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Joelho
CRM 12345 - RBOF 12347

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
[] Alta a pedido ☒ Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Dr. Odilon R. Filho
Ortopedia / Cir. Joelho
CRM 12345 - RBOF 12347

Assinatura e Carimbo do Médico



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	17/04/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000014077-2

Nr. da Autenticação E63CE1D554A0D5BB



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 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 Guilherme Flávia de Amorim Nobrega inscrito (a) no CPF sob o Nº 011194984 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Ademilson Cavalcante Martins inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.640.944 / 07, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Ademilson Cavalcante Martins, inscrito (a) no CPF sob o Nº 054.640.944 / 07, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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.

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

Endereço	<u>Cio Abelardo da Silva Guimarães Barreto</u>			Número	<u>51</u>	Complemento	
Bairro	<u>Altiplano</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58046-110</u>
Email				Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
						<u>(83) 99921-9283</u>	

João Pessoa, 29 de Março de 2019
Local e Data

Guilherme Flávia de Amorim Nobrega
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Bruno Hugo Cordeiro da Silva Leite,
RG nº 3653333, data de expedição 28/04/2015, Órgão SSPPB,
portador do CPF nº 334.293.784-41, com Domicílio na
cidade de Bayeux, no Estado de PARAIBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Pedro Ullise,
nº 108, complemento, CASA, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima ADONJONHSON CALVACANTE MARTINS
cujo o condutor era ADONJONHSON CALVACANTE MARTINS.

Veículo: Motocicleta
Ano: 2013/2014
Modelo: Honda CG 125 Fan
Placa: NPZ 2221/PB
Chassi: 9C2JC4H0ER115482
Data do acidente: 22/09/2018

Local e data: 23-10-2018

X Bruno Hugo Cordeiro da Silva Leite 
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



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de.....
BRUNO HUGO CORDEIRO DA SILVA LEITE.....
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 23/10/2018 10:45:57
Tiago Dionésio da Silva - Auxiliar
[2018-025984]EML:R\$ 19,48 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90
SELO DIGITAL: AHNS2161-FDT
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

SELO DIGITAL
TIAGO DIONÉSIO DA SILVA
AUXILIAR





CERTIDÃO

Nº. 0174/2019

Atendendo solicitação de GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 165716 e Prontuário nº 2018.09.003080 pertencentes a **ADONJOHSON CAVALCANTE MARTINS** que foi atendido dia 22/09/2018 às 06H04min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em pé direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de fibula direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 03/10/2018 com alta médica dia 04/10/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 18 de fevereiro de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	PACIENTE em DDH com anestesia ASSEPSIA + ANTISSEPÇÃO APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉRIL.
Incisão:	INCISÃO LONGITUDINAL LATERAL em PUNTO DISTAL POR PLANOS
Achados:	AUMENTO DO ESPAÇO CILINDRO MENOR
Condução:	REDUÇÃO SOB ESCOLIO APOSIÇÃO DE PLACA 1/3 CILINDRO + PONTA CONTINUA 45. LIMPEZA COM SF 99% SUTURA POR PLANOS CURATIVO TALA BOTA DE CONTROLE
Fechamento:	
OBS:	ALTA NO 3º DIA, SE PACIENTE SEM INTERCOMUNICAÇÃO

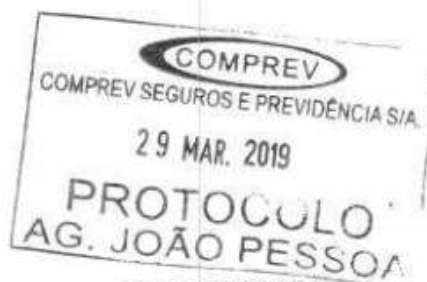
Data: 03/10/18

Yury
MEDICO CRM

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









REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
Nº 014797502122
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - CDD RENAM 20190000049347-Bencidoo
1 0060360813-2 00/00000000 2019
BRUNO HUGO CORDEIRO DA S. LEITE
11429378441 NPZ2221/PB
NOVO PB C2JC4110ER115482
GASOLINA
MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS
ANO PAR. 2013
COR PREC/COMPART. PRETA
CATEGORIA PARTIC
2 P/124 /CI
VENO DOTA UNICA 1º
PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000
PARCELAMENTO / COTAS 2º
3º
PREMIO TOTAL (R\$) 0
DATA DE PAGAMENTO 31/01/2019
P A G O
A. F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA
BAYEUX-PB 40681
04/02/2019 42650

DETRAN - PB
Nº 014797502122
BILHETE DE SEGURO DPVAT
ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.SEGURADORA.LIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1264
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 04/02/2019
VIA 1 11429378441 NPZ2221/PB
RENAM 0603608132 HONDA/CG 125 FAN KS
ANO PAR. 2013 9 C2JC4110ER115482
PRÊMIO TARIFÁRIO
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****
COTA UNICA S
P A G O
31/01/2019
SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.541.403/0001-04
42650-1024509-20190204

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

42650



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190243374 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADONJONHSON CAVALCANTE **Data do acidente:** 22/09/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS
MARTINS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NA REGIÃO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO, EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO TORNOZELO DIREITO, PORÉM RESULTOU EM EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/04/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190243374 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADONJONHSON CAVALCANTE **Data do acidente:** 22/09/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS
MARTINS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE FÍBULA DISTAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190243374 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ADONJONHSON CAVALCANTE **Data do acidente:** 22/09/2018 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS
MARTINS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE FÍBULA DISTAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

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



PROCURAÇÃO

Outorgante: Cidneyson Cavalcante Martins brasileiro(a), estado civil unido, profissão motorista, residente e domiciliado à Rua R. Pedro Wilson, nº 109, bairro Centro, Município de Barcelos, Estado de(o) PB, Cep: 58-305-000, portador(a) do Rg nº 2.588.599, SSP/PB e CPF nº 054.640.944-07.

OUTORGADOS: Giuliyana Flávia de Amorim, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 13629, portadora do CPF/nº 011197954/89 e Enéas Flávio Soares de Moraes Segundo, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14318, portador do CPF/nº 05631026406, com endereço profissional na Praça Venâncio Neiva, nº 21, CEP 58300-800, Centro de Santa Rita. Telefone: (83) 3032-1329.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Cidneyson Cavalcante Martins, ocorrido em 22/09/2018, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza Invalidez.

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

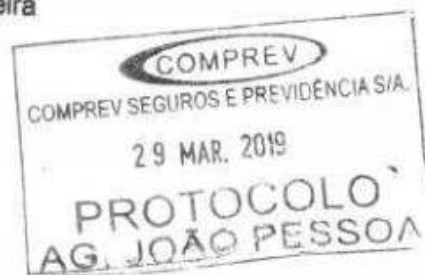
Barcelos, 21 de 03 de 2019.



Cidneyson Cavalcante Martins
Outorgante

CPF Nº 054.640.944-07

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0108380/19

Vítima: ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS

CPF: 054.640.944-07

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/09/2018

Titular do CPF: ADONJONHSON
CAVALCANTE MARTINS

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

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS : 054.640.944-07

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 ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/03/2019
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/03/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	17/04/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	
VALOR TOTAL:	1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000014077-2

Nr. da Autenticação E63CE1D554A0D5BB



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB**

Processo n.º 08561441720198152001

BRADESCO SEGUROS S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ADONJONHSON CAVALCANTE MARTINS**, 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 parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados 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 fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 7 de julho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/07/2021 13:10:24
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21070913102383100000043295896>
Número do documento: 21070913102383100000043295896