



Número: **0803495-12.2017.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **31/07/2018**

Valor da causa: **R\$ 10.462,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GILMAR PRIMO DA SILVA (AUTOR)		REGINALDO NUNES CHAVES (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Rosana Bezerra Duarte de Paiva (TERCEIRO INTERESSADO)			
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NÓBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45744 156	14/07/2021 13:52	Petição	Petição
45744 161	14/07/2021 13:52	2691257_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos
45744 164	14/07/2021 13:52	2691257_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos

ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE SANTA RITA/PB

Processo n.º 08034951220178150331

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 **GILMAR PRIMO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

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, qual seja **R\$ 3.037,50 (TRÊS MIL E TRINTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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 a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente, 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,

SANTA RITA, 12 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 - 14/07/2021 13:52:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071413520627600000043467164>
Número do documento: 21071413520627600000043467164

Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2017

Carta nº: 11603153

A/C: GILMAR PRIMO DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170477890 ASL-0336057/17

Vítima: GILMAR PRIMO DA SILVA

Data Acidente: 18/09/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

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.seguradoralider.com.br, ou ligue para a 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.seguradoralider.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 COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00241/00242 - carta_01



Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2017

Carta nº: 11628621

A/C: GILMAR PRIMO DA SILVA

Sinistro: 3170477890 ASL-0336057/17
Vítima: GILMAR PRIMO DA SILVA
Data Acidente: 18/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

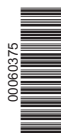
ATENÇÃO:

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!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00749/00750 - carta_02



Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2017

Carta nº: 11710472

A/C: GILMAR PRIMO DA SILVA

Sinistro: 3170477890 ASL-0336057/17
Vitima: GILMAR PRIMO DA SILVA
Data Acidente: 18/09/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: GILMAR PRIMO DA SILVA

Valor: R\$ 3.037,50

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 00000122394-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.037,50

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%
Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
---	-----	----------

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00125/00126 - carta_15R





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PRE

Autorização de pagamento



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, GILMAR PRIMO DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 2874574 EXPEDIDO POR ESP-PB EM 13/05/15CPF 0.56.180.204-16 / CNPJ 000000000000000000 PROFISSÃO CalceiroE RENDA MENSAL DE R\$ 1.500,00 (QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Gilmar Primo da Silva. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 415/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos apareçam 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), bem como o CPF cadastrado no SISOVPAT 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 0000 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0000 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0000

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) 1919 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00122394-5

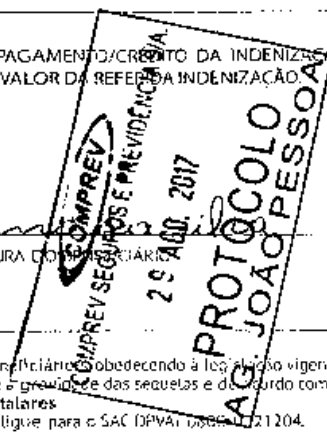
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Santa Rita, 14 de agosto de 2017
LOCAL E DATA

Gilmar Primo da Silva
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

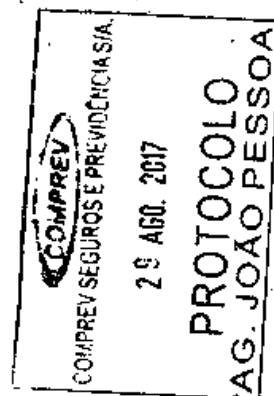
- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago aos herdeiros/beneficiários obedecendo à lei aplicável vigente na data do acidente); indenização de **até R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro previsto na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC (DPVAT) 0800 711204.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 13:52:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071413520681600000043467167>

Número do documento: 21071413520681600000043467167



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

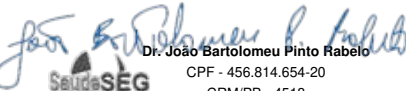
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Gilmar Primo da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Francisco Tito da Silva, 567
Popular Santa Rita PB CEP: 58301-240
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 2874574
Data local do exame: [15/09/2017] João Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
- FRATURA DE ARCOS COSTAIS, LESÃO DE PARTES MOLES DO JOELHO ESQUERDO. AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO JOELHO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA, REFERE QUEIXAS DE DOR TORÁCICA AOS ESFORÇOS FÍSICOS.**
- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário
- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?
(☒) Sim () Não
Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))
- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
- EVOLUI COM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO ESQUERDO E REFERE QUEIXAS DE DOR TORÁCICA AOS ESFORÇOS FÍSICOS.**
Data da alta: 10/01/2016.
REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DAS COSTELAS E REPARAÇÃO DE PARTES MOLES DO JOELHO ESQUERDO, RESULTADOS INSATISFATÓRIOS.
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(☒) Sim () Não
Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.
APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO JOELHO ESQUERDO, REFERE QUEIXAS DE DOR TORÁCICA AOS ESFORÇOS FÍSICOS.
Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"
- IV. 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> |
| () "Exame não permite conclusão"
<i>Vide motivo do impedimento no campo das observações</i> | |
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|--|
| Região Corporal (Sequela):
JOELHO - Esquerdo | Região Corporal (Sequela):
LESÕES DE ÓRGÃOS E ESTRUTURAS TORÁCICAS CURSANDO COM PREJUÍZOS FUNCIONAIS NÃO COMPENSÁVEIS DE ORDEM AUTONÔMICA, RESPIRATÓRIA OU CARDIOVASCULAR. |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
(☒) 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: (☒) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).
- () Total = "100% da IS"
- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


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



Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa
Gerência Executiva de Polícia Civil Metropolitana
6ª Delegacia Distrital – Santa Rita/PB

Bolatin de ocorrência



OCORRÊNCIA POLICIAL DE Nº 1961/2017

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Perda de Documentos.

DATA E HORA DA OCORRÊNCIA: 14/08/2017 **HORA:** 10h50min.

LOCAL DO FATO (logradouro/Bairro): Rua BR 101, sentido Santa Rita/Natal/RN.

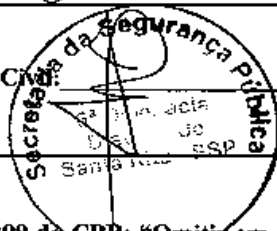
NOTIFICANTE: **GILMA PRIMO DA SILVA**, brasileira, natural de Santa Rita/PB, Solteiro, Colchoeiro, ensino médio completo, nascido em 04 SET 1984, com 32 anos de idade, filho de João Primo da Silva e de Josefa Soares da Silva, RG nº 2.874.574 SSP/PB, CPF 056.180.204-16, residente na Rua Francisco Pinto, nº 567, Bairro Popular, Santa Rita/PB, fone de contato: (83) 9-8887.0996, no final assinado.

A QUAL VEIO A ESSA UNIDADE POLICIAL REGISTRAR QUE:

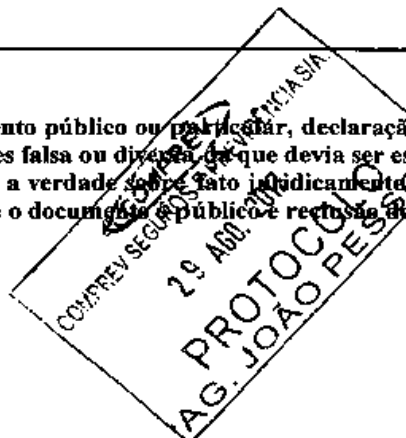
Que informa o notificante que em data de 18/09/2016 por volta das 06h00min sofreu um acidente automobilístico na BR 101 saída para Natal/RN, próximo ao Supermercado ATACADÃO na cidade de Santa Rita/PB, quando conduzia o veículo tipo moto HONDA/NXR 150 BROS ES, COR PRETA, ANO/MODELO 2012/2012, PLACA MOU 1231/PB, CHASSI 9C2KD0550CR545889, em nome dele notificante, sendo socorrido para o Hospital de Traumas Senador Humberto Lucena em João Pessoa/PB e atendido pela Drª. Joacila Braga Brandão CRM 1741/PB, o qual emitiu o Laudo Médico com o CID 10 V 29 + T 06.8 (S 09.9 + T 01.8 + S 20.2 + S 22.4 + S 27.2), conforme cópia em anexo. Motivo pelo qual veio a essa delegacia registrar o fato. O referido é verdade e dou Fé.

Assinatura do Notificante: *Gilma Primo da Silva*

Assinatura do Policial Civil:



ATENÇÃO: Artigo 299 do CPB: "Omitir em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declarações falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigações ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena – Reclusão de 09 (um) a 05 (cinco) anos e multasse o documento é público e reclusão de 01 (um) a 03 (três) anos e multa se o documento é particular."



Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Gilmar Primo da Silva, portador da carteira de identidade nº 2874574 e inscrito no CPF sob o nº 056.180.204-16 residente e domiciliado na Francisco Tito da Silva, 567 Popular, Cidade Santa Rita, Estado Paraná, 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:

- (X) 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.

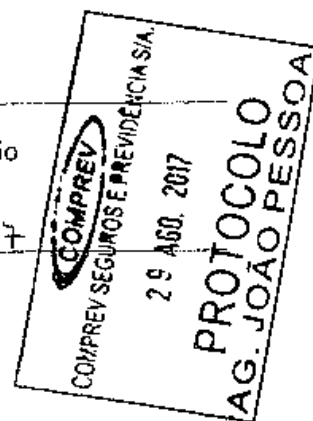
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Gilmar Primo da Silva

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

Santa Rita, 14 agosto 2017

Local e data





192

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

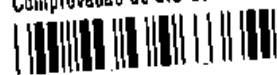
SAMU
192

CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58033-900
João Pessoa - PB

REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME

REGIONAL JOÃO PESSOA

Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

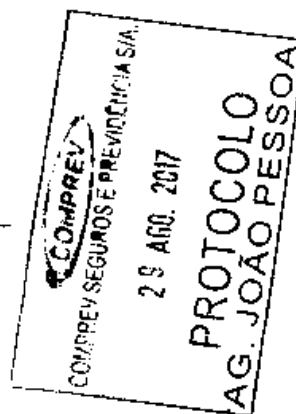
O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 610/013, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1428548, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **GILMAR PRIMO DA SILVA** idade 32 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 18/09/2016, na BR 101 - saída para Natal, Rodovia - Santa Rita - aproximadamente às 05:40 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 14 de Agosto de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS nº 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matricula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58033-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



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:	20/09/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	3.037,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GILMAR PRIMO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000122394-5

Nr. da Autenticação F1696FD3B4214460



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Gilmar Primo da Silva

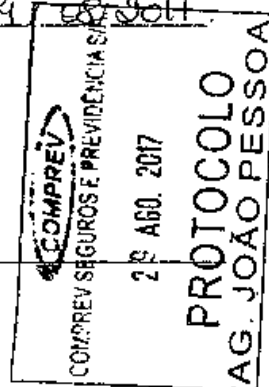
RG nº 2874574, data de expedição 13/05/2015,
Órgão SSP-PB, CPF nº 056.180.204-16, venho perante a este
instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu
nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Francisco Tito da Silva</u>
Número	<u>567</u>
Aptº / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Popular</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58301-240</u>
Telefone de contato	<u>83-99342.1170/3542.8500/99405-5368</u>
E-mail	<u>alexandracesarduarte@hotmail.com</u>

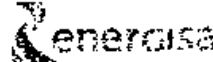
Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Rita / PB, 14 / 08 / 2017

Gilmar Primo da Silva
Assinatura do Declarante



JOSEFA SOARES DA SILVA
RUA FRANCISCO TITO DA SILVA, 517 - POPULAR
SANTA RITA / PB CEP: 59201-240 (AB-1)



Chave/Subst: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-250, Km 25 - Creta Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
Rotômetro: 2-B-151-2040 Referência: Ago / 2017
Nº medidor: 00009408020 Emissão: 09/08/2017

ENERGISA P. JATIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 08 095 100 / 0001-49 Ins. Est. 15015 533-0

Plano Tarifário: Conta de Energia Elétrica N°000 083 131
Código para D.H.M. Anterior: 0000 000 000

Atendimento ao Cliente ENERGISA: **0800 083 0196**

Conta referente a: Apresentação: **Conta provisória**
próxima leitura: **CPF CNPJ RAR**

Ago / 2017 08/08/2017 05/09/2017 1118113411

UC (Unidade Consumidora): **5/120370-2**

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Constante	Plus
Data	Leitura	Data	Leitura	
08/07/17	10572	08/08/17	10665	
CC	Descrição	Quantidade	Valor Base (R\$)	Alc. (R\$)
000	Consumo em kWh	63,000 0,023 263	\$1,69	\$1,69 27 12,58
002	Ata. B. Amarela	1,72	1,72 25 0,44	1,72 0,07 0,75
003	Ata. B. Verde	0,25	0,25 25 0,22	0,25 0,01 0,04
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
009	CONTRIB SERV LUM PÚBLICA	1,14	0,00 0 0,00	0,00 0,00 0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL: 55,71 54,67 13,64 54,57 2,53 2,44

Valor devido em reais (R\$): **VERBUNDO TOTAL A PAGAR**

15/08/2017 R\$ 55,71

Histórico de Consumo (kWh)

81 | 58 | 50 | 45 | 43 | 41 | 32 | 30 | 28 | 26 | 24 | 22 | 20 | 18 | 16 | 14 | 12 | 10 | 8 | 6 | 4 | 2 | 0

a458.bada.a18f.8768.c0a8.ed91.613e.f36e.

Indicadores de Qualidade	Ar 2017 - Referência	Ar 2017 - Referência
Ar 2017 - Referência	Ar 2017 - Referência	Ar 2017 - Referência
DESEMPENHO	9,87	0,00
DESEMPENHO	11,94	0,00
DESEMPENHO	22,83	0,00
DESEMPENHO	2,48	0,00
DESEMPENHO	8,97	0,00
DESEMPENHO	13,95	0,00
DESEMPENHO	2,28	0,00
DESEMPENHO	12,22	0,00

Distribuição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia	13,68	24,52
Compra de Energia	18,43	33,08
Serviços de Transmissão	2,04	3,68
Energia Surtida	1,75	3,14
Imposto de Renda e Outros	0,00	0,00
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	55,71	100,00

Valor do SUSO (R\$) 55,71

Valor do SUSO (R\$) 55,71

Valor do SUSO (R\$) 55,71

Valor do SUSO (R\$) 55,71

Valor do SUSO (R\$) 55,71

Valor do SUSO (R\$) 55,71

Valor do SUSO (R\$) 55,71

Valor do SUSO (R\$) 55,71

Valor do SUSO (R\$) 55,71

Valor do SUSO (R\$) 55,71

Valor do SUSO (R\$) 55,71

Valor do SUSO (R\$) 55,71

Valor do SUSO (R\$) 55,71

Valor do SUSO (R\$) 55,71

Valor do SUSO (R\$) 55,71

Valor do SUSO (R\$) 55,71

Valor do SUSO (R\$) 55,71

Valor do SUSO (R\$) 55,71

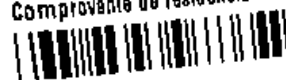
Valor do SUSO (R\$) 55,71

Valor do SUSO (R\$) 55,71

Valor do SUSO (R\$) 55,71

Valor do SUSO (R\$) 55,71

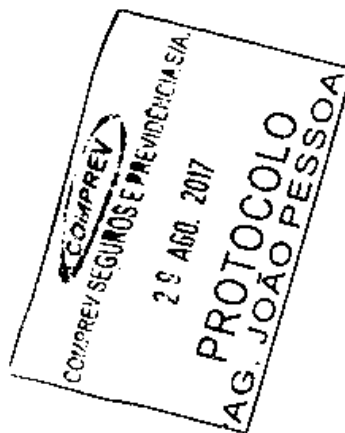
Comprovante de residência



CTC RECIFE PE PL12
JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA 93
MANAIRA
58038-460 - JOAO PESSOA - PB



7213512820 28591 00004069370 30 206317





DECLARAÇÃO

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

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

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

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613-9S.

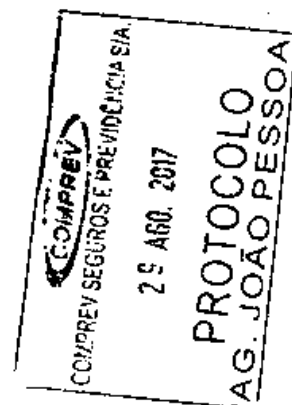
Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA, portador(a) do RG nº 1054562, expedido por SSP/PB, em 29 / 03 / 1984, CPF/CNPJ nº 455.536.024-91

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Gilmar Primo da Silva do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Gilmar Primo da Silva e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

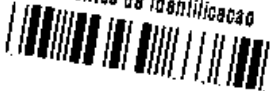
Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

Suelio Moreira Torres
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



Documentos de Identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
CAIXA NACIONAL DE HABITAÇÃO

NOME: **GLIEMAR PRIMO DA SILVA**

DOC. IDENTIDADE / CNH / PASSAPORTE: **2874574** **BSP** **VB**

CNPJ: **056.180.204-16** DATA NASCIMENTO: **04/09/1984**

FUNÇÃO: **JOAO PRIMO DA SILVA**
JOSEFA SOARES DA SILVA

PERMISSÃO: **RECEBER** **RECEBER** **RECEBER**

ACQ: **RECEBER** **RECEBER** **RECEBER**

CENSA: **RECEBER** **RECEBER** **RECEBER**

DATA: **05/12/2019** 1ª VISTORIA: **29/10/2009**

VALIA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1095938975

PROTEÇÃO PLANEJADA
1095938975

LOCAL: **JOAO PESSOA, PB** DATA: **13/05/2015**

01614714610
PB029708044

JOAO PESSOA, PB (CAIXA)

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
29 AGO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



DOCUMENTOS DE LA

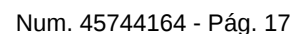
[illegible][illegible]

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
2º AGO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



1 1111111111 1111 11111 1 1 111111

COMPANHIA
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
29 ABO. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170477890 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILMAR PRIMO DA SILVA **Data do acidente:** 18/09/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de arcos costais, lesão de partes moles do joelho esquerdo.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame físico apresenta cicatriz cirúrgica no joelho esquerdo com limitação de mobilidade articular e déficit de força motora, refere queixas de dor torácica aos esforços físicos.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento conservador da fratura das costelas e reparação de partes moles do joelho esquerdo, resultados insatisfatórios. Não houve complicações neste caso.

Sequelas permanentes: Limitação funcional moderada do joelho esquerdo. Limitação funcional residual de estruturas torácicas.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 15/09/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

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
Lesões de órgãos e estruturas torácicas, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			22,5 %	R\$ 3.037,50



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: LEONARDO NEVE

CRM do médico: 17742

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0336057/17
Vítima: GILMAR PRIMO DA SILVA
CPF: 056.180.204-16

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 18/09/2016
Titular do CPF: GILMAR PRIMO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GILMAR PRIMO DA SILVA : 056.180.204-16

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

Outros



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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/08/2017
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF/CNPJ: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/08/2017
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

JOSE EDUARDO DA SILVA

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170477890 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GILMAR PRIMO DA SILVA **Data do acidente:** 18/09/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/09/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: POLITRAUMA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

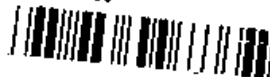
UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

Procuração



OUTORGANTE:

Guilomar Primo da Silva
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Colchoneiro, CI RG nº 2874574,
CPF/MF nº 056.80.204-16, residente e domiciliado(a) à Rua Francisco Tito da Silva, 567 - Popular,
Cidade de Santa Rita, Estado Paraíba, CEP: 58301-240, telefone 83-99342-1170, 83-3512-8500.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

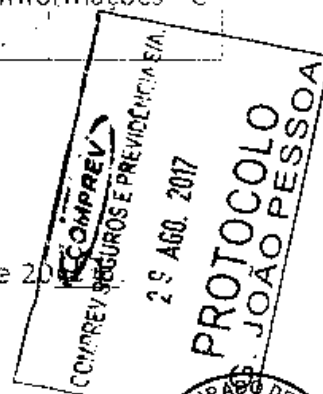
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

DOURADO DE AZEVEDO

Santa Rita, 14 de agosto de 2017

Guilomar Primo da Silva

OUTORGANTE



DOURADO DE AZEVEDO
Substituto do Procurador
Em test. da verdade, Santa Rita, 14/08/2017 10:22:05
Virginio Velloso Borges - Substituído de Azevedo - Substituído
[2017-006462] EML-R\$ 19,23 PAREN-R\$ 0,27 FEPJ-R\$ 1,85
SELO DIGITAL: APP91930-LR69
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

