



Número: **0810865-02.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **22/11/2019**

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
JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA (AUTOR)	Ronaldo de Lima Clementino (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35150 338	06/10/2020 11:29	<a href="#">Petição</a>	Petição
35150 343	06/10/2020 11:29	<a href="#">2692049_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</a>	Outros Documentos
35150 346	06/10/2020 11:29	<a href="#">2692049_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:29:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611291261500000033590820>  
Número do documento: 20100611291261500000033590820

Num. 35150338 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190334231 Vítima: JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

**Data do Acidente:** 15/12/2018      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA**

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, contados 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 14345722



Pac\_01199/01200 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:29:13  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010061129129580000033591125>  
Número do documento: 2010061129129580000033591125

Núm. 35150343 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 22 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190334231

Vítima: JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

Data do Acidente: 15/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

Senhor(a), JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentos de identificação ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00223/00224 - carta\_03 - INVALIDEZ



00060112

Carta nº 14345723



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:29:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611291295800000033591125>  
Número do documento: 20100611291295800000033591125

Num. 35150343 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 28 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190334231      Vítima: JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

Data do Acidente: 15/12/2018      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 08/03/2019, emitida pelo Dr. ROSANGELA M ESCOREL ALMEIDA, CRM nº 3883 - PB, da Instituição COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00209/00210 - carta\_31 - INVALIDEZ



00020105

Carta nº 14745075



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:29:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611291295800000033591125>  
Número do documento: 20100611291295800000033591125

Num. 35150343 - Pág. 3



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAHIS (DESPIAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do anexo ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	358.116.808-13	José Antônio Alves da Mota		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZIA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (Renda/Benefícios) - CIRCULAR SUEREP 10/445/2012				
Nome completo:				
Profissão:	Enderroco:	CPF:		
Recluso	Elias Pereira de Araujo	358.116.808-13	Número:	626
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:	58058010
mangabeira	João Pessoa	PE	Tel. (DDD):	83 99921-9283
E-mail:				

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

## DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$0,001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos citados. Anexe uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (257)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (840)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (101)	
AGÊNCIA: 3487	AGÊNCIA: _____
CONTA: 20831	CONTA: _____
(Inserir o dígito de verificação)	(Inserir o dígito de verificação)
(Inserir o dígito de verificação)	(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider 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 ALIENAÇÃO DE LAUDO DO IML - PRESUPONIMENTO SOBRENTA PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob os pares do lai, 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 (anexar uma das opções):

- Não há IML que atende a regiões do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a regiões do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a regiões 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 Lider 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 discordar do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PRESENCEMENTO SOBRENTA PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data de óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Local e Data: João Pessoa, 21/05/2019  
Nome: José Antônio Alves da Mota  
CPF: 358.116.808-13

TESTEMUNHAS  
1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Assinatura

21 MAIO 2019

AG. JOÃO PESSOA

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) 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-se a dar-lhe clínica do intuito teor do conteúdo, antes de preencher o formulário.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



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**  
PARAÍBA

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

### **CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01691.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 01691.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:35 horas do dia 11 de fevereiro 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 Rochelle Bezerra Rocha, Agente de Investigação, matrícula 1820354, ao final assinado, compareceu José Antônio Alves da Nóbrega, CPF nº 358.116.808-13, nacionalidade brasileira, filho(a) de Marluce Alves da Nóbrega, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 18/12/1985 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Elias Pereira de Araújo, Nº 625, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Próximo a Fm Motos, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98694-9598.

#### **Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua José Marcone Ramos da Silva, Próximo Ao Mercado Central, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/12/18 01:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE TRANSITAVA COM SUA MOTOCICLETA, UMA HONDA/XRE300, DE PLACA KOX-4636/PB, QUANDO SOFREU UMA COLISÃO PROVENIENTE DE UM ÔNIBUS DA EMPRESA TRANSNACIONAL, DE PLACA NQG-7653, CONDUZIDO PELO SENHOR DANIEL ARAÚJO VANDERLEI; QUE SOFREU VÁRIAS ESCORIAÇÕES, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE TRAUMA DE MANGABEIRA; QUE ENCONTRA-SE AFASTADO PELO INSS PARA TRATAMENTO MÉDICO.

#### **ADENDO(S):**

Que na data 11/04/2019, à(s) 15:05 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: VEIO RETIFICAR A PRESENTE CERTIDÃO, ACRESCENTANDO O CHASSI:9C2ND0910CR018385 e nome do proprietário da referida moto, o qual é denominado JOSÉ ANTÔNIO ALVES DA NÓBREGA. Adendo registrado por: Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula: 1565699.

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



Procedimento Policial: 01691.01.2019.1.00.401

1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:29:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611291295800000033591125>  
Número do documento: 20100611291295800000033591125

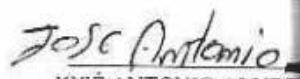
Num. 35150343 - Pág. 5

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



João Pessoa/PB

  
DELTA MORAES DA SILVA  
Escrivão de Polícia Civil

  
JOSÉ ANTONIO ALVES  
Notician



Procedimento Policial: 01



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:29:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611291295800000033591125>  
Número do documento: 20100611291295800000033591125

Num. 35150343 - Pág. 6



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAAMS (EXPENSAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do anexo ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	358.116.808-13	José Antônio Alves da Mota		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAZIA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (Renda/Benefícios) - CIRCULAR SUEREP 10/445/2012				
Nome completo:				
Profissão:	Endereço:	CPF:		
Recurso	Elias Pereira de Araujo	358.116.808-13	Número:	626
Bairro:	Cidade:	Estado:	Complemento:	Coisa
mangabeira	João Pessoa	PE	CEP:	58058010
E-mail:	Tel.(DDD): 83 99921-9283			

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

## DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos citados. Anexe uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (257)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (101)	
AGÊNCIA: 3487	AGÊNCIA: _____
CONTA: 20831	CONTA: _____
(Inserir o dígito de verificação)	(Inserir o dígito de verificação)

Autorizo a Seguradora Lider 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 ALÉNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob os pés do lai, 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 (anexar uma das opções):

- Não há IML que atende a regiões do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a regiões do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a regiões 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 Lider 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 discordar do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Local e Data: João Pessoa, 21/05/2019  
Nome: José Antônio Alves da Mota  
CPF: 358.116.808-13

TESTEMUNHAS  
1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
Assinatura

21 MAIO 2019

AG. JOÃO PESSOA

(\* ) A vítima/beneficiário não habilitado deve escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGDO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clínica do intuito teor do conteúdo, antes de preencher o formulário.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO PURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-394 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) CNPJ: \*

Ficha Nr: 190330 Atd: N/A Regulad  
Data: 15/12/2018  
Hora: 00:26:47  
Recepção: GABRIELA DA COSTA SERRA  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA Num. de vezes atendido: 1  
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 394280969 Fone: 987526345  
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 19/12/1985 Id: 33 ano(s)  
End.: AVENIDA DA PALESTIA, 265  
Bairro: PONTA DO SEIXAS Cidade: JOAO PESSOA UF :PB  
Mae: MARLUCE ALVES DA NOBREGA Pais: NAO DECLARADO  
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação: COMERCIANTE Estado Civil: NAO INFORMADO  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:  
Resp: JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA  
Tel/Doc. Responsavel: 987526345 / IDENTIDADE: 394280969  
Procedencia: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXONIBUS AS 23:50/CIDADE VERDE

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemias:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE COLIZAO ONTBUS E MOTO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarréia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomitico [ ] COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/IA.

Observacao 21 MAIO 2019

PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) Durante o ato  
exame, na história e exame, não se observa (E), dor (D) e  
edema (D). No exame físico, não se observa  
mudança de humor (H), pressão arterial (P), P. D e  
saturação de oxigênio (SpO2) (D)

Diagnóstico Dor e edema (D), Conduta Rx de orelha (D) e faringe (D)  
Rx de dedo (D).  
- alta os níveis de glicose (D)

Prescrição

Horário da medicamentação: 09:00 AM

Dr. Agostinho Góes  
Médico Cirurgião  
CRM/PB 11291



15  
12  
13

O nro pedid.

Permita-nos informar de que  
de maneira agressiva e  
sem escusas em maio, ja  
TN 2 (E)

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Ranis x o sem

de fer  
laxo

HD: contusão  
golh

col: -L imp

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel Medicamentos

Dose

Horario

Evolução

Dr. Evertto Vasconcelos  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-FB 0616  
CREMERGS 20251  
TEOT 11946

| Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do

03010-



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal.

Documento não é segundário de conta.

Relação para sempre pagamentos da fatura anterior da energia elétrica - Nº 022.858.876



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 238, Km 25 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58071-689  
CNPJ 08.893.183/0001-42 - Insc. Est. 06.015.823-8

## DADOS DO CLIENTE

ANTONIO JOAQUIM DE MORAIS  
PC VENANCIÓ NEIVA 21  
SANTA RITA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/46622-7

REFERÊNCIA

ABR/2019

APRESENTAÇÃO

05/04/2019

CONSUMO

211

VENCIMENTO

12/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 192,31

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



ANTONIO JOAQUIM DE MORAIS

Rotelro: 03-009-029-8889

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/04/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
12/04/2019	R\$ 192,31	46622-2019-04-7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:29:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611291295800000033591125>  
Número do documento: 20100611291295800000033591125

Num. 35150343 - Pág. 10



## 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 SUSEP<sup>1</sup> 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 falsa 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 COAF<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Guilherme Flávia de A. Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.397.984-69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Antônio Ribeiro da Nóbrega inscrito (a) no CPF sob o Nº 358.116.808-13, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima José Antônio Ribeiro da Nóbrega, inscrito (a) no CPF sob o Nº 358.116.808-13, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

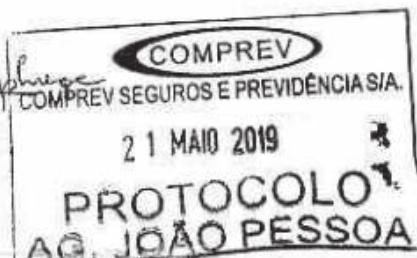
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Praca Venâncio Neiva</u>		<u>21</u>	
<u>Lentro</u>	<u>Santa Rita</u>	<u>PB</u>	<u>58300-800</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	(83) 99921-9283

João Pessoa 20 de Mais de 2019  
Local e Data

Assinatura do Declarante



DLDRL.001 V001/2017





## CERTIDÃO

Nº. 0273/2019

Atendendo solicitação de JOSE ANTONIO ALVES NOBREGA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº190330 pertencente ao requerente que foi atendido dia 15/12/2018 às 00H26min, vítima de acidente de moto x ônibus.

Submetido à avaliação médica, apresentando trauma em ombro esquerdo, tornozelo esquerdo e joelho direito e exame de imagem, que não evidenciou fraturas, medicação e liberado.

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

João Pessoa, 08 de março de 2019

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

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883





**PRONTO SOCORRO DE FRATURAS SANTA RITA LTDA.**  
Av. Flávio Ribeiro Coutinho, 350 - FONE: (83) 3229.1098 - Santa Rita - PB  
**CNPJ 09.168.766/0001-54**  
**FRATURAS E DOENÇAS ÓSSEAS - RAIO X**

## ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que Alvaro Le Nobre, João Antônio,  
portador do RG 35428091958, foi submetido à consulta médica nesta data, no  
horário das 10:00 horas, sendo portador da afecção CID - 10 S46.8 + S40.0  
+ S83.7.  
Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades por um período de 60  
dias, a partir desta data.

Santa Rita, 29/12/2018

Dr. Manoel Angeli Filho  
DRT Assinatura e Carimbo do Médico  
CRM 2071  
CRN 170114030100012

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo \_\_\_\_\_,

Dr. Dr. Manoel Angeli Filho, a registrar o diagnóstico codificado.

CID ou por extenso neste atestado médico.

João Antônio Alves Gonçalves  
Assinatura do Paciente ou Responsável





**PRONTO SOCORRO DE FRATURAS SANTA RITA LTDA.**  
Av. Flávio Ribeiro Coutinho, 350 - FONE: (83) 3229.1098 - Santa Rita - PB  
**CNPJ 09.168.766/0001-54**  
**FRATURAS E DOENÇAS ÓSSEAS - RAIOS X**

## ATESTADO MÉDICO

**Aviso** para os devidos fins, a pedido do interessado, que

portador do RG 39428096915, foi submetido à consulta médica nesta data, no horário das 15:46:8 + 540.0 horas, sendo portador da afeção CID - 105.

Em decorrência de verbas permanecentes reflectidas na folha de pagamento, o valor é de R\$ 837,00.

(Sete) dias, a partir desta data. Pente com pefl

Santa Rita, 13, 02, 2019

~~Assinatura e Carimbos Identificantes~~

## AUTORIZAÇÃO

Dr. Mansel Angelo Filho

José Antônio Alves de Oliveira Bento  
Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Paciente ou Responsável

10 PESSOA

Atesto p  
Sr.(a) Jeri An  
identidade RG \_\_\_\_\_  
foi atendido(a) por mim  
patologia CID-10 \_\_\_\_\_  
de suas atividades la  
(rinite)

Assignment

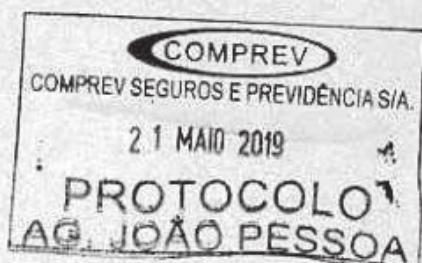
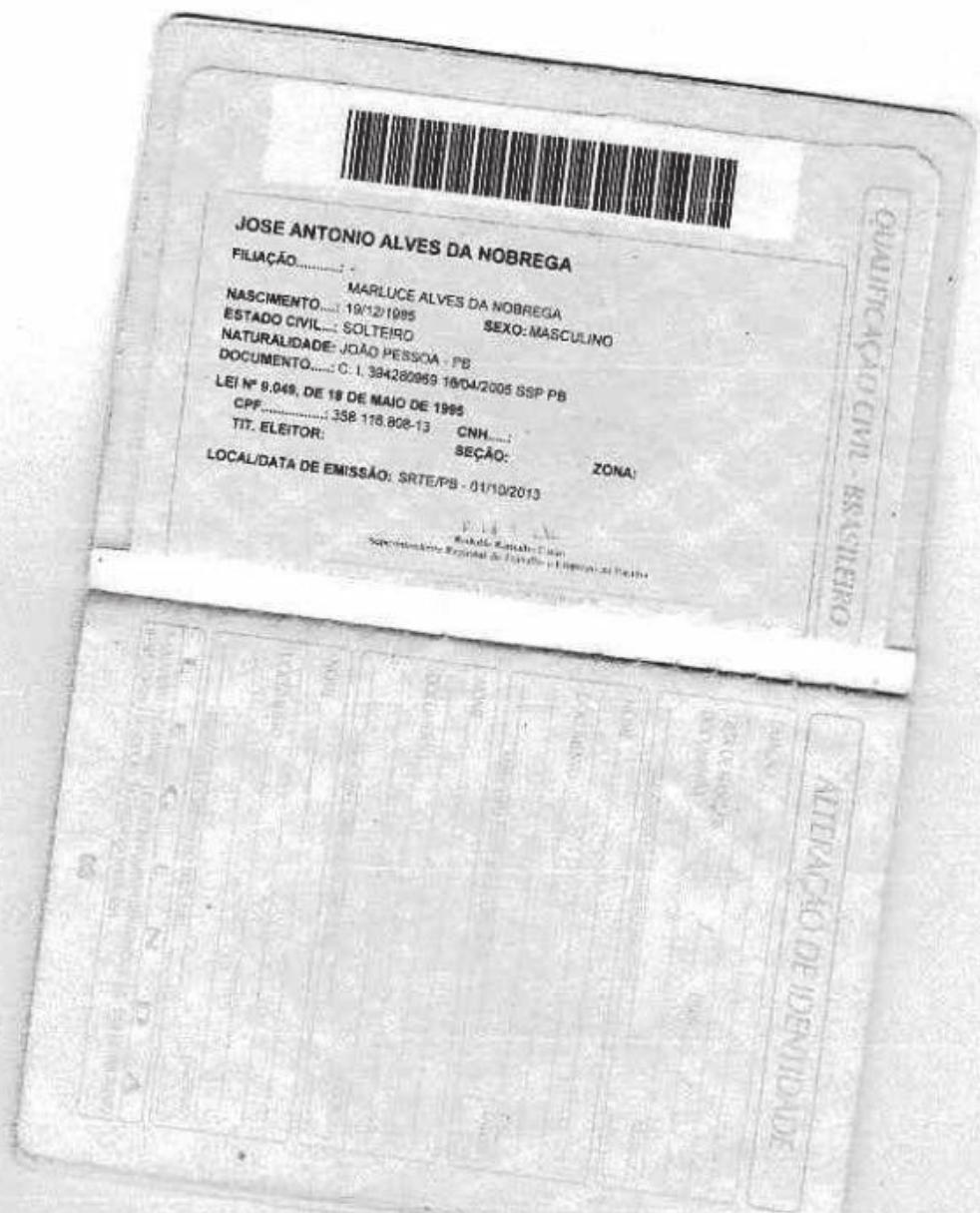
## AUTORIZAÇÃO

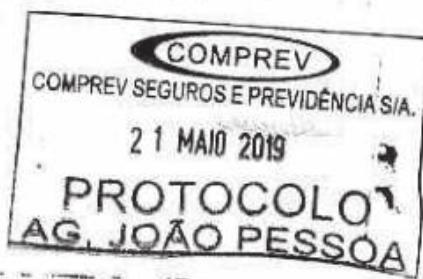
Eu, \_\_\_\_\_  
Dr.(\*) \_\_\_\_\_

---

**Assinatura**

**1º VIA-PACIENTE**





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO
2.668.291 - 2 VIA	15/02/2011
NAME	GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA
FILIAÇÃO	LUIS GONZAGA DE AMORIM MARIA DE FÁTIMA PINTO
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PESSOA-PB	07/02/1985
DOC ORIGEM	CASAM N.18758 37 FLS.058 LIV.063
CARTÓRIO 1º JOÃO PESSOA-PB	011.197.984-69
CPF	Assinatura
ANEXO	LEI N°7.115 DE 29/06/83



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:29:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611291295800000033591125>  
Número do documento: 20100611291295800000033591125

Num. 35150343 - Pág. 16



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:29:13  
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pj/e/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611291295800000033591125>  
Número do documento: 20100611291295800000033591125

Num. 35150343 - Pág. 17

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

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE USO TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO. SEGURO DPVAT		
PB Nº 014663895415		BILHETE DE SEGURO DPVAT
<p><b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA</b></p> <p><a href="http://www.seguraderalider.com.br">www.seguraderalider.com.br</a> SAC DPVAT 0800 922 1201</p>		
<div style="text-align: right;"> <b>PERÍODO:</b> 2018      <b>DATA EMISSÃO:</b> 06/04/2019         </div>		
<b>TIA:</b> 25811699918 <b>CPF/CNPJ:</b> 00481553240		<b>PLACA:</b> RDM4626/RB
<b>VEÍCULO:</b> HONDA/MBS 300		
<b>ANO/KB:</b> 2012 <b>DMO:</b> 322MDD0919CR015335		
<b>PRÉMIO TARIFÁRIO</b>		
<b>CUSTO DO BILHETE:</b> R\$ 15,00	<b>VALOR DA COBERTURA:</b> R\$ 100.000,00	<b>VALOR DO SEGURO (PDI):</b> R\$ 10,00
<b>TIPO DE SEGURO:</b> <b>SEGURADO</b>		<b>TIPO DE PAGAMENTO:</b> <b>PAGO</b>
<b>PAGAMENTO:</b> <input type="checkbox"/> LOJA ÚNICA		<b>PAGAMENTO:</b> <input type="checkbox"/> BEM-VISITAS
<b>VALIDADE:</b> 06/05/2018		

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

TRABONIA EIDEN - BIE  
SFR 100-310 000 10001-00

61

**COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**

21 MAIO 2019

**PROTÓCOLO  
A.Q. JOÃO PESSOA**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190334231 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA Data do acidente: 15/12/2018 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO, TORNOZELO ESQUERDO E JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, ALTA MEDICA. PG 1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PG 1

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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 %



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:29:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611291295800000033591125>  
Número do documento: 20100611291295800000033591125

Num. 35150343 - Pág. 19

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190334231 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA Data do acidente: 15/12/2018 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO, TORNOZELO ESQUERDO E JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR, ALTA MEDICA. PG 1

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PG 1

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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 %



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:29:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611291295800000033591125>  
Número do documento: 20100611291295800000033591125

Num. 35150343 - Pág. 20

## PROCURAÇÃO

Outorgante: José Antônio Alves da Melo  
brasileiro(a), estado  
civil Solteiro, profissão.....  
residente e domiciliado à Rua  
Elias Pereira de Souza, nº 626, bairro Mangabeira.....  
Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep.: 58038010,  
portador(a) do Rg nº 394280969, SSP/PB e CPF nº 358.116.808-13.

OUTORGADOS: Glillyana Flávia de Amorim, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 13829, portadora do CPF/nº 011197984/69 e Enéas Flávio Soares de Moraes Segundo, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14318, portador do CPF/nº 06631028406, 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) José Antônio Alves da Melo, ocorrido em 15.1.12, 12.1.18, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.  
Processo de natureza Indenização.

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.

José Pessoa, 09, de Abril de 2019.

X José Antônio Alves da Melo  
Outorgante  
CPF Nº 358.116.808-13.

X José Antônio Alves da Melo

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL  
Bel. Wimhoff Vieira Batista - Tóquio / 807, Residencial Vieira Batista - Sítio das Flores  
Praia Preta (Casa 40) - Recife/PE CEP: 50135-012 - Nef-Pres. - (81) 3222-0000

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

JOSE ANTONIO ALVES DA MELO

Em test. de verdade - João Pessoa - PB 09/04/2019 15:36:41

IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCREVENTE AUTORIZADA

[2019-016522]ENOL:R\$ 9,91 FARPE:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98 SELO DIGITAL: ALJ80771-1800

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.mg.br>



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169432/19

**Vítima:** JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

**CPF:** 358.116.808-13

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/12/2018

**Titular do CPF:** JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
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

#### JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA : 358.116.808-13

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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: 21/05/2019  
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA  
CPF: 011.197.984-69

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/05/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:29:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611291295800000033591125>  
Número do documento: 20100611291295800000033591125

Num. 35150343 - Pág. 22

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169432/19

Número do Sinistro: 3190334231

Vítima: JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

CPF: 358.116.808-13

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/12/2018

Titular do CPF: JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentos de identificação

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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: 23/08/2019

Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

CPF: 011.197.984-69

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/08/2019

Nome: RENATO LUNA DIAS

CPF: 705.216.494-98

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

RENATO LUNA DIAS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:29:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611291295800000033591125>  
Número do documento: 20100611291295800000033591125

Num. 35150343 - Pág. 23



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB**

**Processo: 08108650220198152003**

**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 **JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, 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.<sup>o</sup> 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 inexiste 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.

**POR TANTO, 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 SUPORTADO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:29:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611291344800000033591128>  
Número do documento: 20100611291344800000033591128

Num. 35150346 - Pág. 1

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 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.**

**Dianete 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,

JOAO PESSOA, 2 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA  
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES  
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:29:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611291344800000033591128>  
Número do documento: 20100611291344800000033591128

Num. 35150346 - Pág. 2

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:29:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611291344800000033591128>  
Número do documento: 20100611291344800000033591128

Num. 35150346 - Pág. 3