



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
35150338	06/10/2020 11:29	Petição	Petição
35150343	06/10/2020 11:29	2692049_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
35150346	06/10/2020 11:29	2692049_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, 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, 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 14345722

Pag. 01199/01200 - 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, 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. 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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF de vítima: Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (RITDA/RENEFOP/2012) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: José Antonio Alves da Mota
Profissão: Recusado Endereço: R. Elias Pereira do Prado
Bairro: Mangoleira Cidade: João Pessoa Estado: PB
E-mail: CEP: 58058010
Tel.(DDD): 83.99921.9283

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

RENDA MENSAL:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (041)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (100)
AGÊNCIA: 3487 CONTA: 20831
☐ 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 - PRESUNÇÃO 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 (justificar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda o regime do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda o regime do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atenda o regime 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 do 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 ÔNICO BENEFICIÁRIO - PRESUNÇÃO 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(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 pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vítima deixou filhos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos: _____

Estes dados 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 restituir 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 Antonio Alves Mota
CPF: 358.116.808-13

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá escolher outra pessoa habilitada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fé pública do inteiro teor do conteúdo e a apresentar o presente formulário e a sua cópia, NÉCESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
Assinatura
21 MAIO 2019
AG. JOÃO PESSOA





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral de 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 Nº 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 Antonio 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 SENNIHOR 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



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



SegL

João Pessoa/PB


LELIA MORAIS DA SILVA
Escrivão de Polícia Civil


JOSÉ ANTONIO ALVE
Noticiante



Procedimento Policial: 01E





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF de vítima:	Nome completo da vítima:
	358.116.808-13	Jose Antonio Alves da Mota
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (RITDA/RENEFOP/2012) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Jose Antonio Alves da Mota	358.116.808-13	
Profissão:	Endereço:	Número:
Recuse	8. Elias Pereira do Prado	626
Complemento:	Cidade:	Estado:
	João Pessoa	PB
Bairro:	CEP:	
Mangoleira	58058010	
E-mail:	Tel.(DDD):	
	83.99921.9283	

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

RENDIA 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\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (041)	Nome do BANCO:	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (100)		
AGÊNCIA: 3487	CORR: 20831	AGÊNCIA:	CORR:
(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)	(Inserir 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 - PRESUMINDO 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 o regime do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atenda o regime do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atenda o regime 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 do 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 ÔNICO BENEFICIÁRIO - PRESUMINDO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
		Vítima deixou pais/avós vivos?
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estes dados 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.		

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

(*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não habilitado deverá escolher outra pessoa habilitada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fé pública do inteiro teor do conteúdo e não se responsabilizando por qualquer erro ou omissão.

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

FPS.001 V001/2018

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
2ª | Nome: _____
CPF: _____

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

21 MAIO 2019

AG. JOÃO PESSOA

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () CNPJ:

Ficha Nr: 190330 Atcd: Nr: Regulad
Data: 15/12/2018
Hora: 00:26:47
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SERR
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 Num. Prontuario: 2018.12.001702
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 19/12/1985 Id: 33 ano(s)
End.: AVENIDA DA FALESTIA, 265
Bairro: PONTA DO SEIXAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: MARLUCE ALVES DA NOBREGA Pai: NAO DECLARADO
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: NAO INFORMADO
Ocupação: COMERCIANTE
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 violencia por: NAO
☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE COLIZAO ONIBUS E MOTO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
☐ Hemorragia ☐ Dispneia
☐ Diarreia ☐ Agitado
☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vomitado
Observacao 21 MAIO 2019

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

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Quem se trata de um paciente com trauma por acidente de trânsito envolvendo um ônibus e uma moto. O paciente apresenta dor no tórax e abdômen, com sinais de trauma. Foi realizado exame físico e diagnóstico de lesão por trauma. O paciente foi encaminhado para observação e tratamento sintomático.

Diagnostico

Lesão por trauma (E),
fratura (E) e lesão (E).

Conduta

Rx de tórax (E) e abdômen (E)
Rx de tórax (E)
- alta em observação com

Prescrição

Horario da medicacao

21 MAIO 2019

Dr. Alexandre Costa
Médico Cirurgião
CRM/PB 14



15
12
13

O nto pedil.

Perante vítima de acidente
de moto apresentando
lesões em mãos, joelhos
TN 2 (E)

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Raio x + sem
de fratura
luxa

HD: contusão
joelho

col: 2 imps

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução

Dr. Evandro Mesconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 2012
CREMER 22251
TEOT 12016

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do

03010



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Relatório para simplificar pagamento da rede elétrica da energia elétrica Nº 022.858.878



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 328, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 09.385.183 / 0001-42 Ins-Exc. 45.015.823-9

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO JOAQUIM DE MORAIS
PC VENANCIO 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

Acesso: www.energisa.com.br



SEMPRE E AGORA

ANTONIO JOAQUIM DE MORAIS

Roteiro: 03-009-020-8880

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

VENCIMENTO

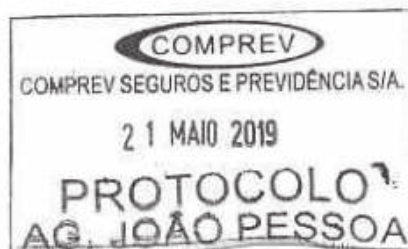
12/04/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 192,31

MATRÍCULA

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

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 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 COAF**.

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 9.613/98.

Pelo exposto, eu Guilherme Flávio de A. Nobrega inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.979.984 / 69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Antônio Alves da Nobrega inscrito (a) no CPF sob o Nº 358.116.808 / 13 do sinistro de DPVAT cobertura Invalididez da vítima José Antônio Alves da Nobrega 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

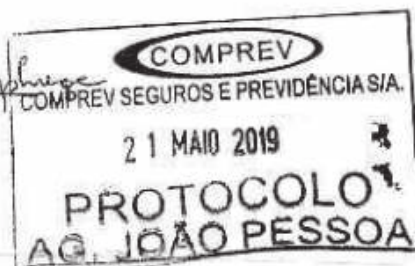
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Praca Venâncio Paiva</u>		Número <u>21</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Santa Rita</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58300-800</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99921-9283</u>

João Pessoa 20 de Maio de 2019
Local e Data

Guilherme Flávio de Amorim Nobrega
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 - RAIOS X

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que

Alvaro da Nobrega

portador do RG 394280919 SR foi submetido à consulta médica nesta data, no

horário das 10:03 horas, sendo portador da afecção CID - 10 S46.8 + S40.0

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades por um período de 60

semana dias, a partir desta data.

Santa Rita, 29.12.2018

Dr. Manoel Angelo Filho

Assinatura e Carimbo do Médico

CRM 2571 - C.R. 132.163.314-72
CNS - 170.140.409.00012

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo

Dr. Dr. Manoel Angelo Filho a registrar o diagnóstico codificado.

CID ou por extensão neste atestado médico.

Jose Antonio Alves Moreira

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

Atesto para os devidos fins, a pedido do interessado, que

Olus da Nobrega

portador do RG 394280969 RS, foi submetido à consulta médica nesta data, no
horário das _____ horas, sendo portador da afecção CID - 105468+540.04

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades por um período de 60
dias dias, a partir desta data. Período em que

Santa Rita, 13.02.2019

Assinatura e

Dr. Manoel Angelo Filho
CRM 2071 - CFP 133.165.314-72
CNS - 17001454000018

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo

Dr. Dr. Manoel Angelo Filho
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA, a registrar o diagnóstico codificado,
CID ou por extenso neste atestado médico.

Jose Antonio da Silva
Assinatura do Paciente ou Responsável



Atesto p

Sr.(a) Jose An
identidade RG _____

foi atendido(a) por mim
patologia CID-10 _____
de suas atividades la
rente

Assin

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____

Dr.(*) _____
codificado CID-10 ou por e

Assinatura

1ª VIA-PACIENTE

Rua Ag. Fiscal José





JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

FILIAÇÃO.....

MARLUCE ALVES DA NOBREGA

NASCIMENTO..... 19/12/1985

SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO

NATURALIDADE: JOÃO PESSOA - PB

DOCUMENTO..... C. I. 384280959 16/04/2005 SSP PB

LEI Nº 8.049, DE 19 DE MAIO DE 1995

CPF..... 358.118.808-13

CNH.....

TIT. ELEITOR:

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 01/10/2013

Reinado, Renato - C. I. 384280959
Superintendente Regional de Registro e Identificação

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ATUALIZAÇÃO DE IDENTIDADE

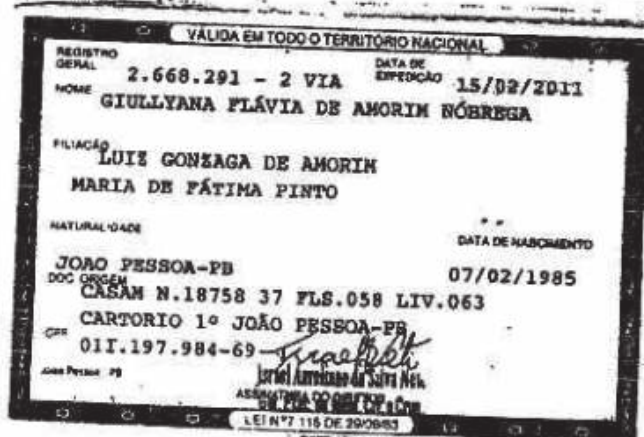
COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

21 MAIO 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

201.46810.92-3

5231839 0040 PB

JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

FEIÇÃO: MARLUCE ALVES DA NOBREGA

NASCIMENTO: 19/12/1965 SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: JOÃO PESSOA - PB

DOCUMENTO: C. I. 394280909 15/04/2005 SSP PB

LEI Nº 8.849, DE 18 DE MAIO DE 1999

CPF: 350.119.805-13 CNH: ZONA:

TIT. ELEITOR: SEÇÃO:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 01/10/2013

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

23 AGO. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014663895445
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 0048168324-0 00/00000000 2019

PLACA: KX4636 RJ

VEÍCULO: HONDA/HRB 300

TIPO: 2 P/291 /CI

USO: PARTIC

COLORE: VERDE

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00760/0000

PREMIO TOTAL (R\$): 06/03/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOÃO PESSOA - PB

DATA: 08/04/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014663895445 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 922 1204

1º PREMIO: 2018 DATA EMISSÃO: 08/04/2019

PLACA: KX4636 RJ

VEÍCULO: HONDA/HRB 300

TIPO: 2 P/291 /CI

USO: PARTIC

COLORE: VERDE

PREMIO TARIFARIO

PREMIO TOTAL (R\$): 06/03/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOÃO PESSOA - PB

DATA: 08/04/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04
16331-1527258-20190405

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 014663895445
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA: 0048168324-0 00/00000000

PLACA: KX4636 RJ

VEÍCULO: HONDA/HRB 300

TIPO: 2 P/291 /CI

USO: PARTIC

COLORE: VERDE

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00760/0000

PREMIO TOTAL (R\$): 06/03/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

JOÃO PESSOA - PB

DATA: 08/04/2019

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04
16331-1527258-20190405

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

21 MAIO 2019

PROTOCOLO
AQ. 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 %	R\$ 0,00



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 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

Outorgante: José Antônio Alves da Nobrega brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Advogado, residente e domiciliado à Rua Elton Pereira de Souza, nº 626, bairro Mangalém, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58058-10, portador(a) do Rg nº 394280969, SSP/PB e CPF nº 358.116.808-13.

OUTORGADOS: Glúyana Flávia de Amorim, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 13529, portadora do CPF/nº 011197984/59 e Enéas Flávio Soares de Moraes Segundo, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14318, portador do CPF/nº 05631028406, com endereço profissional na Praça Venâncio Neiva, nº 21, CEP 58300-800, Centro de Santa Rita. Telefone: (83) 3632-1329.

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 Nobrega, ocorrido em 15.1.12 a 1.2.18, 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.

João Pessoa, de Abril de 2019.

X José Antônio Alves da Nobrega
Outorgante
CPF Nº 358.116.808-13

X José Antônio Alves da Nobrega

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Walmir Vieira Batista - Tabelião / Rep. Rosângela Vieira Batista - Substituto
Rua São Francisco de Sales, 40 - Centro - João Pessoa - PB (58058-100) - Telefone: (83) 3632-1329

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA
Em test. de verdade: João Pessoa - PB 09/04/2019 15:36:41
IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA
[2019-016522]EML:R\$ 89,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98
SELO DIGITAL: A1J80771-M88D
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiob.net>

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

21 MAIO 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0169432/19

Vítima: JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

CPF: 358.116.808-13

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

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 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

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



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

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ANTONIO ALVES DA NOBREGA

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 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

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/08/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª 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.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

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

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

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexos 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 nexos entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

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

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXOS 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



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.

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

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



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