



Número: **0811648-91.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **13/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GEOVANILDO DE MEDEIROS SILVA (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35206 858	07/10/2020 12:10	Petição	Petição
35206 861	07/10/2020 12:10	2692518_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02	Outros Documentos
35206 863	07/10/2020 12:10	2692518_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1	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, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190664530

Vítima: GEOVANILDO DE MEDEIROS SILVA

Data do Acidente: 18/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEOVANILDO DE MEDEIROS SILVA

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 15181712





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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190664530 Vítima: GEOVANILDO DE MEDEIROS SILVA

Data do Acidente: 18/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GEOVANILDO DE MEDEIROS SILVA

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 24/07/2019, emitida pelo Dr. KLÊNIO FARIAS, CRM nº 11094 - 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. 00715/00716 - carta_31 - INVALIDEZ

00020358



Carta nº 15204410





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

055.218.864-60

4 - Nome completo da vítima:

Geovamildo de Medeiros Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Geovamildo de Medeiros Silva

6 - CPF:

055.218.864-60

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

R- 37ª José dos Santos Silva 407

9 - Número:

407

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Valentina

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58000-000

15 - E-mail:

1831986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3484

CONTA:

10418

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vairascor)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 28/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 12:10:54

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100712105387900000033642567

Número do documento: 20100712105387900000033642567

Num. 35206861 - Pág. 3



3487-013-10418-2





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00281.01.2019.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00281.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 12:22 horas do dia 14 de novembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Geovanildo de Medeiros Silva**, conhecido(a) por Ninho, CPF nº 055.218.864-60, RG nº 2704788 SSDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Serralheiro, filho(a) de Waldenira de Medeiros Silva e Geovan Pessoa de Azevedo, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 20/11/1981 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria José dos Santos Silva, Nº 407, complemento CASA 102, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Nas Proximidades do Posto de Gasolina Cruzeiro do Sul, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:


Local: Ranieri Mazzile, Empasa, João Pessoa/PB, bairro Cristo Redentor; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/07/19 09:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor)**.

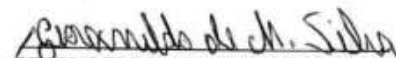
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante relata que trafegava com o veículo/motocicleta, marca e modelo: HONDA CG 160 START, de cor preta, ano e modelo: 2019, chassi: 9C2KC2500KR036212, registrado em nome de Antonio Ferreira dos Santos - CPF: 011.763.634-76, amigo do notificante; QUE relata que seguia na faixa da esquerda, quando um veículo, não sabendo especificar marca e modelo invadiu a faixa do notificante chegando a colidir com o notificante; QUE o notificante perdeu o controle e veio a cair ao chão; QUE o condutor do veículo tomou destino ignorado; QUE devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº -1758/2019, EXPEDIDO PELA DRª ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 23/11/2019, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por TERCEIRO; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar

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 fê.

João Pessoa/PB, 14 de novembro de 2019.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


GEOVANILDO DE MEDEIROS SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 00281.01.2019.1.00.420





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

055.218.864-60

4 - Nome completo da vítima:

Geovamildo de Medeiros Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo:

Geovamildo de Medeiros Silva

6 - CPF: 055.218.864-60

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

R- 374 José dos Santos Silva 407

9 - Número:

707

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Valentina

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58000-000

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

1831986634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3484

CONTA:

10418

2

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 28/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 12:10:54

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100712105387900000033642567

Número do documento: 20100712105387900000033642567

Num. 35206861 - Pág. 6



CERTIDÃO

Nº. 1758/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial N°246095 e Prontuário nº 2018.10.002193 pertencentes ao paciente **GEOVANILDO DE MEDEIROS SILVA** que foi atendido dia 18/07/2019 às 10H39min, vítima de queda de moto, apresentando escoriações pelo corpo e trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de patela esquerda. Indicado tratamento conservador.

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

João Pessoa, 23 de outubro de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda- via do boleto.

Política para serviços pagamento da rede elétrica: N° 032.953.601



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.615.923-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

21/10/2019

CONSUMO

214

VENCIMENTO

28/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 183,53

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 07097.707173 6 80560000018353				
Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007097707	001371069201910	28/10/2019	R\$ 183,53	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 12:10:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100712105387900000033642567>

Número do documento: 20100712105387900000033642567

Num. 35206861 - Pág. 8



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 61 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOECAWEB/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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Geovânildo de Medeiros Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.218.864/60

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Geovânildo de Medeiros Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.218.864/60, 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>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Mangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD) <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 28/11/19

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 12:10:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100712105387900000033642567>

Número do documento: 20100712105387900000033642567

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: 246095 Atd: Nao Regular
Data: 18/07/2019
Hora: 10:39:00
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE AL
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: GEOVANILDO DE MEDEIROS SILVA

Num. de vezes atendido: 3

Num. Prontuario: 2018.10.002193

CNS: 162552053560004 Sexo: M IDENTIDADE: 2704788 Fone: 999189256

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 20/11/1981 Id: 37 ano(s)

End.: RUA CAPITAO ANANIAS FERREIRA DA NOBREGA, 69

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: WALDENTRA DE MEDEIROS SILVA

Pai: GEOVAN PESSOA DE AZEVEDO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SERRADOR SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: GEOVANILDO DE MEDEIROS SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 999189256 / IDENTIDADE: 2704788

Precedencia: RESIDENCIA

Pront.

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO HJ PELA MANHA NO CRISTO COND

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTANDO
ESCORIAÇÕES PELO CORPO E TRAUMA EM MIE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente c/ história de queda de motocicleta, em uso de capote, relato
de alta intensidade em região de joelho esquerdo e
limitação do movimento e edema do mesmo. Negou de mais

Diagnostico

queixas nos demais membros

poli-trauma de joelho +
+ Aval. da ortopedia

Prescrição

Horario da medicacao

Analgesia +
Alto da ar. grá

① Dexte 0,5mg + AD

② Ki chereh'sona 800mg 0,5mg + AD

CV

Dra. Monize Spazzapan Martins
Médica Residente Clínica Geral
CRM-PB 11490



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

*Anto no dia 07/10/2020
Sur no pie do Ei
be: 10.0 ml de suco
de laranja, de 10 em 10 min*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucão
)			
)			

*Ortopedia e Traumatologia
CRM 5804*

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Suelio Moreira de M. Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do M





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: GEOVANILDO DE MEDEIROS SILVA				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 37a	SEXO: MASC	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.: 16	LEITO: 158
DATA DE ADMISSÃO: 18/07/2019		DATA DE ALTA: 24/07/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>FRATURA DE PATELA E</i>				CID <i>S.82.0</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx demonstrando solução de continuidade óssea em patela</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de **FRATURA DE PATELA ESQUERDA**, foi submetido(a) a tratamento **CONSERVADOR**. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO:

Relativo em casa por **15** dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em **45** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:

Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *ATB + aine + analgésico*

RETORNO:

Ao posto de saúde em **21** dias.

Ao ambulatório do **Complexo Hospitalar Mangabeira** em **7** dias para revisão. (DR KARTENEY)

Dr. Klênio Farias da Nobrega
Res. Ortopedia e Traumatologia
CRM-PR 11054

24/07/2019

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação da alta médica.







Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 12:10:54

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100712105387900000033642567

Número do documento: 20100712105387900000033642567

Num. 35206861 - Pág. 14

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB		Nº 014665890400	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO			
VIA - COD RENAVAM 1118914561-5		DATA DE EXERCICIO 2019	
NOME ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS		PLACA 01176363476	
CHASSI 9C2K02560TS025213		PLACA 01176363476	
ESPECIE BAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		COMBUSTIVEL GASOLINA	
MARCA MODELO HONDA/CG 160 START		ANO FAB 2015	
CAP/POT/CIL 2 E/162 /CI		COR PREDOMINANTE PRETA	
CATEGORIA PARTIC		VENC/COTAS 1º	
COTA UNICA 1 IEVA PAGO EM 100/00/0000		2º	
FAMATIVA 0		3º	
PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00		PREMIO TOTAL (R\$) 0,00	
DATA DE PAGAMENTO 07/10/2020		DATA DE PAGAMENTO 07/10/2020	
SEM RESERVA DE DOBRINHAGENS			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PERSONAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUPORTE CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO, SEGURO DPVAT		PB Nº 014665890400		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA		www.seguradoralider.com.br		SAC DPVAT 0800 022 1204	
VIA 01176363476		DATA EMISSAO 2019 02 05 2019		PLACA 01176363476	
RENAVAM 11189145615		HONDA/CG 160 START		ANO FAB 2015	
COR PRETA		COR PRETA		COR PRETA	
PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00		PREMIO TOTAL (R\$) 0,00		DATA DE PAGAMENTO 07/10/2020	
COTA UNICA 1 IEVA PAGO EM 100/00/0000		2º		3º	
FAMATIVA 0		PREMIO TOTAL (R\$) 0,00		DATA DE PAGAMENTO 07/10/2020	
PREMIO TARIFARIO (R\$) 0,00		PREMIO TOTAL (R\$) 0,00		DATA DE PAGAMENTO 07/10/2020	
SEM RESERVA DE DOBRINHAGENS		SEM RESERVA DE DOBRINHAGENS		SEM RESERVA DE DOBRINHAGENS	

FEV-2019

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.408/0001-04
0001-04
0001-04

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190664530 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANILDO DE MEDEIROS SILVA **Data do acidente:** 18/07/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 3.

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:

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: Geovanildo de Medeiros Silva, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Surfeiro, residente e domiciliado à Rua Maria José S. Silva nº 404, bairro Valentim, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58000-000, portador(a) do Rg nº 2.704.782, SSP/..... e CPF nº 055.218.864-60.

Outorgado: João Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa Duarte nº 157, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58056-384, portador(a) do RG nº 305.4562 SSP/ PB e CPF nº 455.535.020-91.

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) Geovanildo de Medeiros Silva, ocorrido em 18/07/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza em validez.

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, 14 de novembro de 2019.

Geovanildo de M. Silva
Outorgante
CPF Nº 055.218.864-60

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA
1º OFÍCIO DE NOTAS
JOSÉ MARIA DE MANGABEIRA
Rua Est. Manoel do Prado, 40 - Centro
CEP: 58000-000 - João Pessoa - PB

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019-052657
Reconheço por autenticidade a firma de:
GEOVANILDO DE MEDEIROS SILVA

Dou fe, em testemunho da verdade. João Pessoa - PB, 14/11/2019 12:58:02
EMOL: R\$ 9,91 FEPJ: R\$ 1,00 FARPEN: R\$ 0,29 ISS: R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AJK10292-AIC1
Confira a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>

IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA



PROCURAÇÃO

Outorgante: Geovanildo de Medeiros Silva, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Surfeiro, residente e domiciliado à Rua Maria José S. Silva nº 404, bairro Valentim, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58000-000, portador(a) do Rg nº 2.704.782, SSP/ e CPF nº 055.218.864-60.

Outorgado: José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa Duarte nº 157, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58056-384, portador(a) do RG nº 305.4562 SSP/ PB e CPF nº 455.535.020-91.

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) Geovanildo de Medeiros Silva, ocorrido em 18/07/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza em validez.

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, 14 de novembro de 2019.

Geovanildo de M. Silva
Outorgante
CPF Nº 055.218.864-60

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA
1º OFÍCIO DE NOTAS
JOSÉ EDUARDO DA SILVA

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019-052657

Reconheço por autenticidade a firma de:
GEOVANILDO DE MEDEIROS SILVA

Dou fe, em testemunho da verdade. João Pessoa - PB, 14/11/2019 12:58:02
EMOL: R\$ 9,91 FEPJ: R\$ 1,98 FARPEN: R\$ 0,29 ISS: R\$ 0,50

SELO DIGITAL: AJK10292-AIC1

Confira a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>

IVONETE VIEIRA DA SILVA - ESCRIVENTE AUTORIZADA





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

Processo: 08116489120198152003

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

Inicialmente, cumpre ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 5 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 - 07/10/2020 12:10:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100712105418000000033642569>
Número do documento: 20100712105418000000033642569