



Número: **0801877-55.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **03/03/2020**

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	
LEONILDO BORGES PEREIRA (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35148968	06/10/2020 11:14	Petição	Petição
35148975	06/10/2020 11:14	2706365_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
35148977	06/10/2020 11:14	2706365_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, 24 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036686

Vítima: LEONILDO BORGES PEREIRA

Data do Acidente: 14/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LEONILDO BORGES PEREIRA

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 15414523

Pag. 00129/00130 - 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, 28 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036686

Vítima: LEONILDO BORGES PEREIRA

Data do Acidente: 14/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LEONILDO BORGES PEREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00119/00120 - carta_02 - INVALIDEZ

00070060



Carta nº 15437529





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, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200036686

Vítima: LEONILDO BORGES PEREIRA

Data do Acidente: 14/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), LEONILDO BORGES PEREIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00807/00808 - carta_04 - INVALIDEZ

00050404



Carta nº 15481312





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: 374.473.944-91 4 - Nome completo da vítima: Leonildo Borges Pereira

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

5 - Nome completo: Leonildo Borges Pereira 6 - CPF: 374.473.944-91
7 - Profissão: Militar 8 - Endereço: R - Maceio
9 - Número: 13 10 - Complemento:
11 - Bairro: Estação 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: (83) 98863-4900

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 ☐ 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: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 3433 CONTA: 020 3368 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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(s) (se houver)? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome: CPF:
Assinatura da testemunha
39 - 2º Nome: CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 20/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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

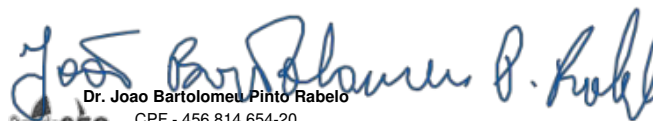
Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200036686
Nome do(a) Examinado(a): Leonildo Borges Pereira
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Maceio, 13
Grotão Joao Pessoa PB CEP: 58063-230
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 814309
Data local do acidente: [14/06/2019]
Data local do exame: [31/01/2020] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TRAUMATISMO NO OMBRO DIREITO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR
Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.
Data da Alta: 28/06/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO SEM ALTERAÇÕES EM SEU PATRIMÔNIO FÍSICO, PORÉM REFERE QUEIXAS DE DOR NO OMBRO AOS ESFORÇOS.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
() Sim **(X) Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias
(X) "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


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





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00349.01.2019.1.00.420



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00349.01.2019.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 16:00 horas do dia 19 de dezembro 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 Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu Leonildo Borges Pereira, CPF nº 374.473.944-91, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Policial Militar Pm/pb, filho(a) de Severina Borges Pereira e Luiz Pereira Filho, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 05/09/1962 (57 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Padre Emiliano de Cristo, Nº 76, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Outros, na cidade de João Pessoa/PB.

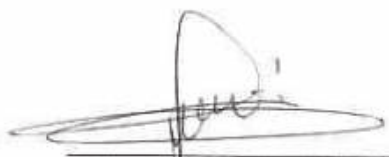
Dados do(s) Fatos:

Local: Mariangela Lucena Peixoto, Outros, João Pessoa/PB, bairro Valentina; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 14/06/19 07:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor).

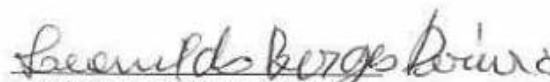
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante já qualificado, relata que trafegava com a motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 150 TITAN ES, 2007/2008 de cor cinza, chassi: 9C2KC08508R001073, registrado em nome do notificante; QUE relata que seguia normalmente em sua mão quando foi trancado por um veículo/automóvel UNO vermelho, não sabendo especificar a placa do mesmo nem condutor pois esse evadiu-se do local; QUE devido ao fato o notificante foi jogado ao chão; QUE devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 06/11/2019 do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; /Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 T14.9

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


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 19 de dezembro de 2019.


LEONILDO BORGES PEREIRA
Noticiante

Procedimento Policial: 00349.01.2019.1.00.420





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: 374.473.944-91 4 - Nome completo da vítima: Leonildo Borges Pereira

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

5 - Nome completo: Leonildo Borges Pereira 6 - CPF: 374.473.944-91
7 - Profissão: Militar 8 - Endereço: R - Maceio 9 - Número: 13 10 - Complemento:
11 - Bairro: Estação 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: (83) 98863-4900

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 ☐ 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: Bradesco

AGÊNCIA: 3433 CONTA: 0203368 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER 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 ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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(s) (se houver)? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - 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 20/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	LEONILDO BORGES PEREIRA
DATA DE NASCIMENTO	05/09/62
NOME DA MÃE	SEVERINA BORGES PEREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.170.583
DATA DO ATENDIMENTO	14/06/19
HORA DO ATENDIMENTO	08:45
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO
CID 10	T14.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor e limitação de movimentos do ombro direito. Dor torácica. Ferimento cortocontuso em antebraço direito.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro direito
RX de coluna torácica

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem alterações.

TRATAMENTO:

Sutura de ferimento.

ALTA HOSPITALAR:	14/06/19
DATA DA EMISSÃO:	06/11/19

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

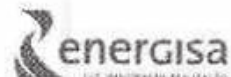


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Por favor, use o boleto para pagamento da sua fiação de energia elétrica. Nº 005.804.837



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.

Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 55071-680

CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.016.829-0

DADOS DO CLIENTE

JOSENILTON DOMINGOS DAS CAHGAS
RUA MACEIO 13
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1439270-8

REFERÊNCIA

DEZ/2019

APRESENTAÇÃO

16/12/2019

CONSUMO

311

VENCIMENTO

23/12/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 235,72

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 07782.770171 2 81120000023572				
Pagador: JOSENILTON DOMINGOS DAS CAHGAS CNPJ/CPF: 045.458.154-80				
RUA MACEIO 13 - GROTAO - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007782770	001439270201912	23/12/2019	R\$ 235,72	
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: 3084-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:14:10

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611140938400000033589725>

Número do documento: 20100611140938400000033589725

Num. 35148975 - Pág. 11



Logotipo MONOFÁSICO
 CódSec COMINTC 83/ COMERCIAL - COMERCIAL
 Retiro 12-5-202-425 Referência Nov/2019
 Medidor 00079567521 Emissão 20/11/2019

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 R. 230, km 25 - Creta Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-580
 CNP: 09.085.183/0001-42 - Tel: 31 15-015.922-0

Atto Fiscal/Carta de Energia Eléctrica NTC34 523 949
Cód. para Dth. Automática: 90016902811

Nov / 2019

20/11/2019

19/12/2019

010,942.224-48

Sarampo é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação e se previna.

Data	Leitura	Data	Leitura	1	254	30				
21/10/18	8593	20/11/18	8857							
CD	Descrição	Calorímetro	Índice	Valor Básico	Adic. Energia	Base (CD) Index	Consumo			
		Índice	Tarifa	ICMS(%)	ICMS	Fatores (CD) 0,000000	0,000000			
0901	Consumo em kWh	254.000	0,775600	204,85	204,85	25	51,21	204,83	1,73	7,82
0801	Adic. B Amarela			1,74	1,74	26	0,42	1,74	0,01	0,08
0801	Adic. B Verde/Am			10,29	10,29	25	2,57	10,29	0,08	0,40
LÂMPADAS E SERVIÇOS										
0687	CONTRIB SERV. ILUM. PÚBLICA			13,31	8,00	3	0,30	0,00	0,30	0,30

CC: Código de Classificação do zpm	TOTAL:	228,97	218,96	54,21	218,96	1,92	8,38
Tarifa-s/ Tributos:	0.545400						

95

27/11/2019

R\$ 229,87

0	0	0	15	2	0	2	0	3	187	243	248
Nov18	Dec18	Jan19	Feb18	Mar18	Apr18	May18	Jun19	Jul18	Aug18	Sep18	Oct18

37b6.1ac7.d42c.65c1.f4a1.472a.dcd2.c616.

Discriminação		Valor (R\$)	%
Serviços Dist. de Energia	55,84	24,21	
Corrente de Serviço	80,19	34,56	
Corrente de Transmissão	8,29	3,60	
Encargos Sociais	8,34	3,61	
Imposto Direto de Energia	4,42	1,90	
Outros Serviços	0,30	0,13	
Total	225,37	100,00	

Valor de CVR (R\$) = 225,37

www.scribd.com/doc/191987647

«AVISO: Permanecendo em stress os DEBITOS ANTIGOS, a reavidaçao, a suspensao de fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso da prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga»
«Leitura confirmada»

Out/19 213,55

BANCO DO BRASIL PASAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 07475.127176 5 80860000022987

PAGADOR: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA - CPF/CNPJ: 010.942.224-45
 ILIA AGENTE F: JOSÉ COSTA DUARTE, 157 / SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA - PB CEP: 58056334

Nossa Nr	Nº Documento	Data do Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
0-550-10000737657	1001608281201911	27/11/2019	R\$ 229,87	

31502440007475121 13.69629724-11

DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ: 08.085.133/0001-40





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 81 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=79636>

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*.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * 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 Alexandrina Cesar Duarte
inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754 / 74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Leomilda Borges Pereira inscrito (a) no CPF sob o Nº 374.473.944 / 91
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Leomilda Borges Pereira
inscrito (a) no CPF sob o Nº 374.473.944 / 91, 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>357</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Trangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 20/01/2020

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



M.09

geral.



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1170583



Identificação do paciente						
ID 211809	Nome LEONILDO BORGES PEREIRA	Sexo Masculino				
Data de nascimento 05/05/1962	Idade 56 anos 9 meses 9 dias	Estado civil	Religiao	Promissão 12051		
Mãe SEVERINA BORGES PEREIRA	Pai LUIZ PEREIRA FILHO					
Responsável	Responsável (Parentesco) ANDERSON RAMALHO - GENRO					
DDD Celular 53	Celular 985510418	DDD	Telefone			
Tipo documento	Número documento	Nº Cns				
Local de procedência VALENTINA FIGUEIREDO	Tipo BA/PRO	UF PB				
Estado	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO-F				
Endereço						
CEP 5069230	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro PADRE EMILIANO DE CRISTO			
Numero 75	Complemento	Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO				
Admissão						
Data e Hora 14/06/2019 08:45:17	Número da pulseira 1000007733214	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RODOVIA					
Conteúdo atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE AUTOMÓVEL <i>Nota</i>	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS				
Indicadores e Transporte						
Caso polícia Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Modo de transporte SAMU	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X	mmHg	Pulso	Temperatura			
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	ECG []	Ultrassonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por RAYSSA LEITE REBOUÇAS AGRA						Tempo 01min 03seg

Imprimir





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente LEONILDO BORGES PEREIRA	BAE 1170583	Data/Hora Entrada 14/06/2019 08:45:17	Data Baixa
Data de nascimento 05/09/1962	Idade 56a 9m 9d	Sexo Masculino	CNS
Mãe SEVERINA BORGES PEREIRA			Telefone de Contato (83) 986510418
Endereço PADRE EMILIANO DE CRISTO, 76	Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO	Município JOAO PESSOA	Prontuário 12051
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO	UF PB
Data/Hora Classificação 14/06/2019 08:51:42		Data/Hora Prescrição 14/06/2019 09:41:19	Nº Cons. Regional 2882/PB

Anamnese

PACIENTE HIPERTENSO E DIABETICO. VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTANDO DOR EM OMBRO D COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO, + FERIMENTO CORTANTE DE ANTEBRAÇO D + DOR NA COLUNA TORACICA, TORAX E ABDOMEN SEM QUEIXAS. E VACINADO CONTRA O TETANO. CONDUTA: RX DE OMBRO D PA P + RX DE COLUNA TORACICA PA P + SUTURA + PARECER DA ORTOPEDIA E NEURO + ALTA DA CIRURGIA GERAL

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO (TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

LEONILDO BORGES PEREIRA



MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO
(1 2882/PB)

Boletim registrado por: RAYSSA LEITE REBOUÇAS AGRA em 14/06/2019 08:46:20





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
LEONILDO BORGES PEREIRA	1170583	14/06/2019 08:45:17	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
05/09/1962	56a 9m 9d	Masculino	(83) 986510418
Mãe			Prontuário
SEVERINA BORGES PEREIRA			12051
Endereço	Bairro	Município	UF
PADRE EMILIANO DE CRISTO, 76	VALENTINA DE FIGUEIREDO	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
QUEDA / OUTROS	ACIDENTE DE AUTOMOVEI	JANSEN HENRIQUES CEZARINO	11385/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
14/06/2019 08:51:42		14/06/2019 10:59:25	

Anamnese

#ORTOPEDIA PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HOJE, APRESENTANDO DOR EM OMBRO DIREITO AO EXAME: SEM DOR A PALPAÇÃO, NEUROVASCULAR OK, ADM OK. RADIOGRAFIA COM LAC. CD: SOLICITO RADIOGRAFIA DA CLAVICULA HEMI-J SUTURA COM A CIRURGIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E ZANCA)

PROCEDIMENTO

HEMI - J, (OBSERVAÇÕES: MSD)

Conduta

Em observação

Médico
Dr. Jansen Henriques
CRM: PB 11385

LEONILDO BORGES PEREIRA

JANSEN HENRIQUES CEZARINO
(CRM: 11385/PB)

Boletim registrado por: RAYSSA LEITE REBOUÇAS AGRA em 14/06/2019 08:46:20





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

NOR



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente LEONILDO BORGES PEREIRA	BAE 1170583	Data/Hora Entrada 14/06/2019 08:45:17	Data Baixa
Data de nascimento 05/09/1962	Idade 56a 9m 9d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986510418
Mãe SEVERINA BORGES PEREIRA		CNS	Fronteiriço 12051
Endereço FADRE EMILIANO DE CRISTO, 76	Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional JANSEN HENRIQUES CEZARINO	Nº Cons. Regional 11385/PB
Data/Hora Classificação 14/06/2019 08:51:42		Data/Hora Prescrição 14/06/2019 12:20:23	

Anamnese

#ORTOPEDIA PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO HOJE, APRESENTANDO DOR EM OMBRO DIREITO AO EXAME : SEM DOR A PALPAÇÃO, NEUROVASCULAR OK, ADM OK, RADIOGRAFIA SEM SINAIS DE FRATURAS E LUXACOES. CD: ALTA DA ORTOPEdia AINES AOS CUIDADOS DAS DEMAIS ESPECIALIDADES

Conduta

Em observação

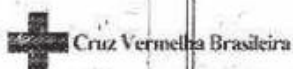
LEONILDO BORGES PEREIRA

JANSEN HENRIQUES CEZARINO
(CRM: 11385/PB)

Dr. Jansen Henriques
(CRM: PB 11385)

Boletim registrado por: RAYSSA LEITE REBOUÇAS AGRA em 14/06/2019 08:46:20





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LEONILDO BORGES PEREIRA	BAE 1170583	Data/Hora Entrada 14/06/2019 08:45:17	Data Baixa 2019-06-14 13:06:16.0
Data de nascimento 05/09/1962	Idade 56a 9m 9d	Sexo Masculino	CNS
Mãe SEVERINA BORGES PEREIRA			Telefone de Contato (83) 986510418
Endereço PADRE EMILIANO DE CRISTO, 76	Bairro VALENTINA DE FIGUEIREDO	Município JOAO PESSOA	Prontuário 12051
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE AUTOMOVEL	Profissional JOSE RAMALHO DA SILVA NETO	UF PB
Data/Hora Classificação 14/06/2019 08:51:42		Nº Cons. Regional 77703/PB	
		Data/Hora Prescrição 14/06/2019 13:06:26	

Anamnese

NEUROCIRURGIA # - TCE LEVE PACIENTE APRESENTA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO E COALBORATIVO. CONSCIENTE, ORIENTADO, COLABORATIVO GLASGOW 15, ISOCÓRICO, RFM + MOBILIZANDO MEMBROS. # CONDUTA: - ALTA DA NEUROCIRURGIA

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário
JOSE RAMALHO DA SILVA NETO

Motivo de Alta
ALTA MEDICA

Data e Hora
14/06/2019 13:06:16

Observações

LEONILDO BORGES PEREIRA

JOSE RAMALHO DA SILVA NETO
(CRM: 77703/PB)

Boletim registrado por: RAYSSA LEITE REBOUÇAS AGRA em 14/06/2019 08:46:20



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:14:10

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611140938400000033589725>

Número do documento: 20100611140938400000033589725



MINISTÉRIO DAS CIDADES		TRANSPORTADORAS OU NAD - SEGURO DPVAT	
DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 014798845678 201906034491		PB Nº 014798845678 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
VIA: 000-RENTAL 1 0082972247-7 00/00000000 2019 LEONILDO BORGES PEREIRA		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 022 1204	
CHASSI: 37447394491 PLACA: MOV8948/PB PLACA ANTIGA: NOVO PB 9C2KC08508R001073		EXERCÍCIO: 2019 DATA EMISSÃO: 03/06/2019	
ESPÉCIE: PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC COMBUSTÍVEL: GASOLINA MARCA/MODELO: HONDA/CB 150 TITAN ES ANO FAB: 2007 ANO REG: 2008		VIA: 1 37447394491 PLACA: MOV8948/PB 0082972247-7 HONDA/CB 150 TITAN ES ANO FAB: 2007 ANO REG: 9 9C2KC08508R001073	
CAP. FCV: 2 P/149/CI CATEGORIA: PARTIC COR: CINZA		PREMIO TARIFARIO PREMIO TARIFARIO (R\$) 0 CONTRIB. (R\$) 0 CUSTO DO BILHETE (R\$) 0 CUSTO TOTAL (R\$) 0 CUSTO TOTAL (R\$) 0 CUSTO TOTAL (R\$) 0	
DATA EMISSÃO: 03/06/2019 DATA VENCIMENTO: 03/06/2019 DATA DE QUITAÇÃO: 03/06/2019		PREMIO TOTAL (R\$) 0 CONTRIB. (R\$) 0 CUSTO DO BILHETE (R\$) 0 CUSTO TOTAL (R\$) 0 CUSTO TOTAL (R\$) 0 CUSTO TOTAL (R\$) 0	
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 25.346.608/0001-04	
CATEGORIA: 0 DATA: 03/06/2019 36994 40550		40550-1208250-20190603	



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036686 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONILDO BORGES PEREIRA **Data do acidente:** 14/06/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO NO OMBRO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO SEM ALTERAÇÕES EM SEU PATRIMÔNIO FÍSICO, PORÉM REFERE QUEIXAS DE DOR NO OMBRO AOS ESFORÇOS.

Resultados terapêuticos: HOUVE RESOLUÇÃO DO TRAUMA DE OMBRO SEM SEQUELA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 31/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036686 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONILDO BORGES PEREIRA **Data do acidente:** 14/06/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO NO OMBRO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO SEM ALTERAÇÕES EM SEU PATRIMÔNIO FÍSICO, PORÉM REFERE QUEIXAS DE DOR NO OMBRO AOS ESFORÇOS.

Resultados terapêuticos: HOUE RESOLUÇÃO DO TRAUMA DE OMBRO SEM SEQUELA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 31/01/2020

Conduta mantida:

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036686 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONILDO BORGES PEREIRA **Data do acidente:** 14/06/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE.
LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA. P.3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.2

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X / SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200036686 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONILDO BORGES PEREIRA **Data do acidente:** 14/06/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO LEVE.
LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA. P.3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. P.2

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: X / SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

Outorgante: Leonildo Borges Pereira, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Policial Militar residente e domiciliado à Rua Emiliano de Góes nº 76, bairro Valentina, Distrito Município de Tatajuba, Estado de(o) Pernambuco Cep: 58063-230 portador(a) do Rg nº 9359, SSP/ PA e CPF nº 374.473.944-91

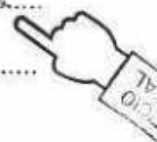
Outorgado: Alexandra Lúcia Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente F. J. Costa Duarte nº 157, bairro Marcelino, Município de Tatajuba, Estado de (o) PA Cep: 58000-000 portador (a) do RG nº 2.62.7718 SSP/ PA e CPF nº 045.502.754-74

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) Leonildo Borges Pereira, ocorrido em 14.06.2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza Imobiliário

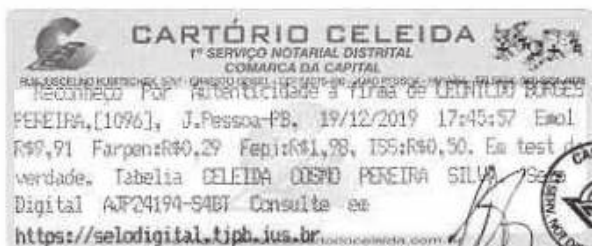
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim 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.

Tatajuba, 19 de dezembro de 2019.

Leonildo Borges Pereira
Outorgante
CPF Nº 374.473.944-91



Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031017/20

Vítima: LEONILDO BORGES PEREIRA

CPF: 374.473.944-91

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/06/2019

Titular do CPF: LEONILDO BORGES PEREIRA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

LEONILDO BORGES PEREIRA : 374.473.944-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/01/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





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

Processo: 08018775520208152003

LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA, 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 **LEONILDO BORGES PEREIRA**, 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, 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 11:14:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611141025400000033589727>
Número do documento: 20100611141025400000033589727