



Número: **0803698-03.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CASSIO PRECILIANO DO REGO (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35841420	23/10/2020 14:28	Petição	Petição
35841423	23/10/2020 14:28	2708439_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
35841426	23/10/2020 14:28	2708439_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

Ficha de Encaminhamento

Nome do Paciente: Carrio Rubens de Figueiredo Data: 22/12/18
End.: _____
Bairro: _____ Cidade: Rio das Neves
Unidade de origem: _____

Motivo de Encaminhamento

Paciente atendida pelo motivo
de hipotensão e dor abdominal direita.
Do h. transverso.

Medicamento Administrado

Referenciado para: _____

Contra referência

Motivo: _____

Contra referência para: _____

Dra. Karolyn S. Bianchetti
Médica
CRM-PB 11515

Assinatura/Carimbo médico



RA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
XO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 192522 Atd: Nao Regul
Data: 22/12/2018
Hora: 22:14:34
Recepcionista: EWERTON MORAIS DOS S
Clínica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: CASSIO PRECILIANO RO REGO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.12.002730

CNS: 700003337483806 Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 993599071

Natural: SAPE/PB Data Nasc.: 18/07/1993 Id: 25 ano(s)

End.: SÍTIO LAGOA DO PADRE, 3

Bairro: ZONA RURAL Cidade: RIACHAO DO POVO UF: PB

Mae: MARIA LUZINETE DOS SANTOS

Pai: MANUEL FLOR DO REGO

R: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: O MESMO

1/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Udencia: UNIDADE DE SAUDE HOSPITAL SA ANDRADE

Orte utilizado: AMBULANCIA

ma de acidente por: NAO

na de violência por: NAO

uso Policial

TC: CRANIO

DATA: 22/12/18

Hora: 00:00

OLIA

Classificação de risco: AMARELO

SR:

TP:

Altura:

IMC:

Id:

O2:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

☐ Diarreia ☐ Agitado

☐ Regular ☐ Chocado

☐ Vomito

Observacao

SIC: NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

ixa Principal

ENTE COM FRATURA EXPOSTA EM VID

Historia - Exame Fisico - (hora de atendimento medico)

Paciente consciente, desorientado, Glasgow 13, vítima de atropelamento (SIC), com ulcers de infra-ethica, apresentando 8 supúrpulos, Abdomen flexido e sem tendocao posterior. Trauma de membros de primum. Dr. M.D. Naga Miyazaki Conduta: Salicilato Rx + Antibiotico de 1^o linha

Prescricao

Horario da prescricao

Dr. José Pires Dutra Júnior

Dr. José Pires Dutra Júnior
MÉDICO
CRM-PB 10650

23/10/2020 AC. Gullt

Ed. ades. com anelitos

20/10/2020 14:28:09
Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Q

mm/aa
99/99

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Internação ☐ Assistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria ☐ Óbito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐

x Bruno Preschano do Rêgo

Assinatura do Paciente/responsável

Assinatura e Carimbo do Medi



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	14/11/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CASSIO PRECILIANO DO REGO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 000000040518-8

Nr. da Autenticação FF13218002ACA19E



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento eletrônico fiscal.

Saque em até 10 dias após a emissão via boleto.

Para mais informações, consulte o site da Energisa em: www.energisa.com.br Nº 033.453.308



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 23.595.183/0001-40 - Ins. Est. 15.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

CASSIO PECILIANO DO REGO
RIT LAGOA DO PADRE S/N
RIACHAO DO POÇO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1711588-2

REFERENCIA

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

29/10/2019

CONSUMO

26

VENCIMENTO

05/11/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 16,45

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 31/10/2019				
Pagador: CASSIO PECILIANO DO REGO CNPJ/CPE: 114.287.724-80				
SIT LAGOA DO PADRE S/N - AREA RURAL - RIACHAO DO POÇO / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120008095910	031711588201910	05/11/2019	R\$ 16,45	
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				

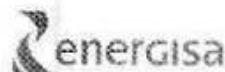


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de corte

Para o pagamento, consulte o site www.energisaparaiba.com.br ou o telefone 0800-0115623



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 235, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 08.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.623-0

DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02
JOÃO 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.energisaparaiba.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 S/A				09.095.183/0001-40
BR235 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





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/8/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 Jose Eduardo da Silva

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

Cassio Priciliano do Rego Inscrito (a) no CPF sob o Nº 114.287.724/80

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Cassio Priciliano do Rego

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 114.287.724/80, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Retuso 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: _____
Cidade: <u>Mangabeira</u>	Estado: <u>PB</u>	CEP: <u>58056-384</u>
E-mail: _____		Tel. (DDD) <u>(83) 986634900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 06/11/19


Assinatura do Declarante

DLDR-001 V001/2017





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: CASSIO P. DE REGO				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: Samy			1º Assistente: Carlos Rego	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
Fx Exp de fratura dos ossos da perna (D)					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
O mesmo					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
Limpeza cirúrgica de 10L de STOM 8.					
Debridamento cirúrgico					
Montagem de fixador externo linear.					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDH sob Anes-
tesia e antiseptia

Incisão:

Ampliação do ferimento
debridamento e limpeza med-

Achados:

Defeito desutilizado e
comunicação do foco
pusuloso

Conduta:

IRRADIAR e/ou SFO/ST-
debridamento

Montagem de fixação
externa linear.

Fechamento:

Fechamento primário
sem drenagem

OBS:

Data:

23/12/18

Dr. Sonny Lima
Ortopedia e Trauma
CRM PB 8108/TEC

MÉDICO/CR

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Deitado dorsal sob seduzes

Incisão:

Achados:

Conduta:

Relatório de F.G. 45, 46 e
47 e 48 e 49 e 50 e 51

Dr. André Luis Siqueira
Oncologista Neuropatologista
Oncologia Muscular e Quimica
CRM: 62070/33036207-1/OT 11797

Fechamento:

OBS:

Data: 03/01/19

MÉDICO/CR

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>CARLOS RILIVANNO DE ARAÚJO</u>		Data da Admissão: <u>22/12/10</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: <u>1/1</u>	
QPD: <u>paciente e sintomas em anexo</u>			
HDA: <u>Paciente internado em clínica de tratamento de hipertensão com quadro de fraqueza de perna.</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____			
ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
SME: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposso <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
SN e PSQ: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taip-

[]Trauma []Neo []Tabagismo

[]Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Rx*

Hipóteses Diagnósticas: *la epote de mas de pua*

Conduta: *De Novo Alepo*

CRM-PB 92831/150113446
Osteopata e Terapeuta
DR. Carlos Tiago de S. Soares

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira, II, João Pessoa - PB.





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: CASSIO PRECILIANO DO REGO				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 25ANOS	SEXO MASC	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO:
			Ortopedia		
DATA DE ADMISSÃO : 22-12-2018		DATA DE ALTA: 11-01-2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
Fratura dos Ossos da Perna				S.82.2	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO					
O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
Rx demonstrando solução de continuidade óssea em perna					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO				COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA				() CURADO ()	
(X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES

Paciente portador(a) de fratura dos ossos da perna, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico COM PLACA E PARAFUSOS. 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: cefalexina 500mg, aine e analgésico

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. Dr. ROBERTO SANTOS

Dr. Felipe B. ...
Médico R. ...





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.102.443 DATA DE EMISSÃO 27/09/2012

NOME CASSIO PRECILIANO DO REGO

FILIAÇÃO ANOEL FLÔR DO REGO
LUZINETE PRECILIANO DOS SANTOS

NATURALIDADE
SABE-PB DATA DO NASCIMENTO
18/07/1993

DOC. ORIGEM
NASC. N. 1095 FLS. 274 LIV. A-01
CARTÓRIO RIACHÃO DO POÇO-PB
CPF
114.287.724-80
João Pessoa - PB

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 14:28:09

Assinatura: SUELIO MOREIRA TORRES

LEI Nº 7.116 DE 2006/63

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
114.287.724-80

Nome
CASSIO PRECILIANO DO REGO

Nascimento
18/07/1993



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190626597 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CASSIO PRECILIANO DO REGO **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 2,7.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190626597 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CASSIO PRECILIANO DO REGO **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 2,7.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: Cassio Preciliano do Rego, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Sítio Lagoa de Padre nº 5/N, bairro Água Mineral, Município de Riachão do Poço, Estado de(o) PB, Cep: 58248-000, portador(a) do Rg nº 4.202.443, SSP/PB e CPF nº 114.287.724-80

Outorgado: José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Encaix. Costa Duarte nº 157, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58056-384, portador(a) do RG nº 1054362 SSP/ PB e CPF nº 455.536.024-91

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) Cassio Preciliano do Rego, ocorrido em 22/12/18 conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imvalidez.

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.

Riachão do Poço de março de 2019.

x Cassio Preciliano do Rego
Outorgante
CPF Nº 114.287.724-80

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



CARTÓRIO DE REG. CIVIL E TABELIONATO
Rua Patrício A. Souza, 18, Riachão do Poço - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
CASSIO PRECILIANO DO REGO

Dou fe. Riachão do Poço/PB - 08/03/2019

Tabelião Bel. Auarito Ferreira Constandio

Selo Digital: AIG93198-PR5P

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$11,38 Forpén R\$0,27 MP R\$0,18 Fcpj R\$1,73



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0390654/19

Vítima: CASSIO PRECILIANO DO REGO

CPF: 114.287.724-80

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 22/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CASSIO PRECILIANO DO REGO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

CASSIO PRECILIANO DO REGO : 114.287.724-80

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: 07/11/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





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 Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190626597

Vítima: CASSIO PRECILIANO DO REGO

Data do Acidente: 22/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CASSIO PRECILIANO DO REGO

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 15076927

Pag. 01883/01884 - carta_01 - INVALIDEZ

00020942





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, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190626597

Vítima: CASSIO PRECILIANO DO REGO

Data do Acidente: 22/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CASSIO PRECILIANO DO REGO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **CASSIO PRECILIANO DO REGO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000922**

Conta: **0000040518-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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 ASI: 3 - CPF da vítima: 414.287.724-80 4 - Nome completo da vítima: Cassio Preciliana da Rego

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

5 - Nome completo: Cassio Preciliana da Rego 6 - CPF: 414.287.724-80
7 - Profissão: Ricuso 8 - Endereço: Sítio Lagoa da Padre 9 - Número: 30 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Riachão do Poço 13 - Estado: PI 14 - CEP: 38000-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

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 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 40518 8 AGÊNCIA: CONTA: (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 de 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 resíduo (valores)? ☐ 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

Assinatura legível da vítima/beneficiário ou representante legal

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 06/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



ALFA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0121

OUVIDORIA 0800 725 7471

301-847716664-0

28/09/2019

DI: 13.01/658-3

REALIDADE: SAPE

C. VINCULADA: 0922

CONHECIDA

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EX BANC. RJ

0922 013 00040516-0

CASSIO PREC DO REGO

LOR

10,00

POSSUI REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

301-847716664-0

IA

Indice - não tem condicionalidade,
nao na seguranca, apelar

05.11.19





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
Delegacia 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 12675.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 12675.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:02 horas do dia 01 de novembro 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 Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Cássio Preciliano do Rêgo**, CPF nº 114.287.724-80, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Agricultor, filho(a) de Luzinete Preciliano dos Santos e Manoel Flôr do Rêgo, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 18/07/1993 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio do Lagoa Od Padre, Nº S/N, complemento ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Balneário Água Doce, na cidade de Riachão do Poço/PB, telefone (s) para contato (83) 99346-6144.

Dados do(s) Fatos:


Local: Sítio Boa Vista, Zona Rural, Próximo a Usina São João, Sapé/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 22/12/18 15:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

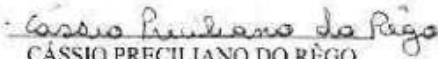
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 22/12/2018, POR VOLTA DAS 15H30MIN, VINHA A PÉ, EM FRENTE A ENTRADA DA USINA SÃO JOÃO, PRÓXIMO AO SÍTIO BOA VISTA, NO MUNICÍPIO DE SAPÉ, QUANDO FOI VÍTIMA DE ATROPELADO POR UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA, POIS O CONDUTOR, SE EVADIU-SE DO LOCAL DO LOCAL, SENDO SOCORRIDO POR VEÍCULO PARTICULAR PARA O HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE, EM SAPÉ, SENDO TRANSFERIDO PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, APRESENTANDO TRAUMA EM OSSOS DA PERNA DIREITA, ONDE FOI SUBMETIDO A AVALIAÇÃO MÉDICA E EXAME DE IMAGEM QUE EVIDENCIOU FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA. REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DIA 10/01/2019, COM ALTA MÉDICA DIA 11/01/2019, DE ACORDO COM A CERTIDÃO DE Nº 0568/2019, ASSINADA PELA MÉDICA ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883.

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.

João Pessoa/PB, 01 de novembro de 2019.


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


CÁSSIO PRECILIANO DO RÊGO
Noticiante

Procedimento Policial: 12675.01.2019.1.00.401

1/1





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 ASI: 3 - CPF da vítima: 414.287.724-80 4 - Nome completo da vítima: Cassio Preciliana da Rego

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

5 - Nome completo: Cassio Preciliana da Rego 6 - CPF: 414.287.724-80
7 - Profissão: Récuso 8 - Endereço: Sítio Lagoa da Padre 9 - Número: 30 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Riachão do Poço 13 - Estado: PI 14 - CEP: 38000-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

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 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0922 CONTA: 40518 8 AGÊNCIA: CONTA: (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 de 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 resíduo (valores)? ☐ 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

Assinatura legível da vítima/beneficiário ou representante legal

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 06/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



ALFA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0121

OUVIDORIA 0800 725 7471

301-847716664-0

28/09/2019

01: 13.01/658-3

REALIDADE: SAPE

C. VINCULADA: 0922

CONHECIDA

COMPROVANTE DE DEPÓSITO EX BANC. RJ

0922 013 00040510-0

CASSIO PREC DO REGO

LOR

10,00

POSSUI REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATE 30 MINUTOS

301-847716664-0

TA

Indice - não tem condicionalidade,
nao na seguranca, apelar

05.11.19





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08036980320208152001

BRADESCO SEGUROS 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 **CASSIO PRECILIANO DO REGO**, 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:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Houve o pagamento administrativo no valor de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Cumprе 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, 21 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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 14:28:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102314280950900000034230019>
Número do documento: 20102314280950900000034230019