



Número: **0800033-05.2019.8.15.0581**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Rio Tinto**

Última distribuição : **22/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ABSON BATISTA DE ARAUJO (AUTOR)	WELLITON DOS SANTOS CAMPOS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31190 796	02/06/2020 10:38	<u>Contestação</u>	Contestação
31191 058	02/06/2020 10:38	<u>2722938_CONTESTACAO_Anexo_05</u>	Outros Documentos
31191 059	02/06/2020 10:38	<u>2722938_CONTESTACAO_Anexo_04</u>	Outros Documentos
31191 062	02/06/2020 10:38	<u>2722938_CONTESTACAO_Anexo_03</u>	Outros Documentos
31191 063	02/06/2020 10:38	<u>2722938_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/06/2020 10:38:39
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060210383852700000029931342>
Número do documento: 20060210383852700000029931342

Num. 31190796 - Pág. 1



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206
(exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

108.857.204-90

Nome completo da vítima

ABSON BATISTA DE ARAÚJO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	ABSON BATISTA DE ARAÚJO	CPF titular da conta	108.857.204-90	Profissão	VIGILANTE
Endereço	RUA SÃO PAULO	Número	03	Complemento	5 RIAS
Bairro	CENTRO	Cidade	RIO TINTO	Estado	PB
Email	absonbatista1@gmail.com	CEP	58.297-000	Telefone (DDD)	(83) 98804-7549

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. D/V CONTA NRO. D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO.		
BANCO DO BRASIL	001		
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
3547	X	20487	0
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pedro 11 de Outubro de 2018
Local e Data

SABEMI SEGURADORA S/A

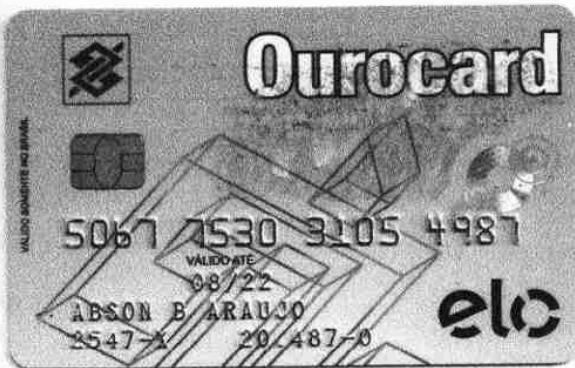
16 OUT 2018

Abson Batista de Araújo
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
RECEBIDO

FAPPF.001 V001/2017





SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
10/10/2018 - Autoatendimento - 10:27:53
25472879 0306

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

DEPOSITANTE	ABSON BATISTA DE ARAUJO
FAVORECIDO	
AGÊNCIA:	
CONTA:	2547-X
VALOR *	20.487,00
NR. ENVELOPE	2.159.410.626

* Acionado em: 10/10/2018, na Agência 2547-X.

*VALOR SUJEITO A CONFIRMAÇÃO

Depositos realizados durante o expediente bancário serão conferidos e processados até as 23h59 do mesmo dia. Após o expediente bancário, aos sábados, domingos e feriados, até as 23h59 do primeiro dia útil subsequente.

Se houver divergência no valor depositado, o envelope será processado pelo valor apurado. Envelopes vazios não serão abertos e permanecerão disponíveis por 60 dias na agência onde foi depositado, para visualização.

Acompanhe o processamento do seu depósito nos canais BB na opção "Consulta Envelope": Aplicativo BB / www.bb.com.br / Cativa Eletrônica Central de atendimento BB: 4003-0148 (capitais e regiões metropolitanas) ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Leda no verso como conservar este documento, entre outras informações.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180392466 **Cidade:** Rio Tinto **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ABSÓN BATISTA DE ARAUJO **Data do acidente:** 07/08/2016 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.
FRATURA DA TÍBIA DIREITA COM PSEUDOARTROSE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM 2 ABORDAGENS FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO (FIXADOR EXTERNO, TRAÇÃO) E DA FRATURA DA TÍBIA DIREITA (FIXADOR EXTERNO,PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180392466 **Cidade:** Rio Tinto **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ABSON BATISTA DE ARAUJO **Data do acidente:** 07/08/2016 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO.
FRATURA DA TÍBIA DIREITA COM PSEUDOARTROSE.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM 2 ABORDAGENS FRATURA DIAFISÁRIA DO FÊMUR DIREITO (FIXADOR EXTERNO, TRAÇÃO) E DA FRATURA DA TÍBIA DIREITA (FIXADOR EXTERNO,PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



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: 01/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ABSON BATISTA DE ARAUJO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02547-X

CONTA: 000000020487-0

Nr. da Autenticação 2F3C15606C77AE69



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/06/2020 10:38:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006021038400200000029931357>
Número do documento: 2006021038400200000029931357

Num. 31191063 - Pág. 1