



Número: **0800413-28.2020.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Princesa Isabel**

Última distribuição : **17/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes   |                    | Procurador/Terceiro vinculado                |                   |
|--|--------------------|--|-------------------|
| GUILHERME RODRIGUES DIAS (AUTOR)                           |                    | HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)     |                   |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) |                    | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)             |                   |
| TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)               |                    |  |                   |
| Documentos   |                    |  |                   |
| Id.  | Data da Assinatura | Documento                                    | Tipo              |
| 31242579   | 03/06/2020 14:23   | <a href="#">2724164_CONTESTACAO_Anexo_02</a> | Outros Documentos |



Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO Guilherme Rodrigues Piva

VITIMA 16/06/2018

DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ CPF DA VITIMA 129.339.114-00

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARARENTESCO COM

A VITIMA É \_\_\_\_\_

ENDERECO DO PORTADOR Rua 15 de Novembro

Nº 124 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO Centro

CIDADE Joazeiro UF PE CEP 56.820-000

E-MAIL lme.cobranca@gmail.com TELEFONE (81) 3846-1036

MAQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES OU OUTRAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
  - ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

**VALORES DE INDENIZAÇÃO**

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODEMOS SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_





Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**IDENTIFICAÇÃO Guilherme Rodrigues DuraVITIMA 10/06/2018DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ CPF DA VITIMA 129.339.114-00

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

A VITIMA É

ENDERECO DO PORTADOR Rua 15 de NovembroNº 124 COMPLEMENTOCIDADE Juazeiro UF PE BAIRRO CentroE-MAIL lme.cabana@gmail.com TELEFONE (81) 3846-1036

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) CARTA RA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES OU TIPOAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO**
- MORTE - R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
  - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR: [WWW.DPVATSEGURODODANSISTO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODODANSISTO.COM.BR) OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_

IDENTIDADE \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

A SEGURADORA LÍDER ADMINISTRADORA DO SEGURO DPVAT.

**Ref.: Pedido de Reanálise de Processo Administrativo DPVAT**

**Nº Sinistro: 3180506149**

**Data Acidente: 10/06/2018**

**Cobertura: Invalidez**

**Assunto: Negativa Técnica**

Eu, **GUILHERME RODRIGUES DIAS**, brasileiro, solteiro, estudante, portador da Cédula de Identidade nº 4.292.293, SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 129.339.114-00, residente e domiciliado na Rua Hosana Maia Roberto, vem, respeitosamente, a presente de Vossa Senhoria, **REQUERER** a **reanálise do processo** em questão, pois me encontro com graves sequelas decorrentes do acidente de trânsito do qual foi vítima em 10/06/2018 e tive o meu pedido de indenização negado.

Ademais, solicito a **marcação de Perícia Médica**, uma vez que não fui periciado por nenhum médico credenciado na Seguradora Líder.

**Nestes termos,**

**Pede Deferimento.**

Princesa Isabel/PB, 28 de Julho de 2019.



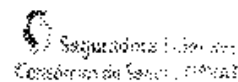
**GUILHERME RODRIGUES DIAS**

SABEMI – REC. EM 10 JUL 2019





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233921/19

Número do Sinistro: 3190422376

Vítima: GUILHERME RODRIGUES DIAS

CPF: 129.339.114-00

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 10/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GUILHERME RODRIGUES DIAS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56

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](http://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: 27/09/2019

Nome: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

CPF: 041.542.024-56

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2019

Nome: Alan Silva de Oliveira

CPF: 885.800.837-53

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

Alan Silva de Oliveira



**SINISTRO 3190422376 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA GUILHERME RODRIGUES DIAS****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Sabemi

Seguradora S/A-Matriz II

**BENEFICIÁRIO GUILHERME RODRIGUES DIAS****CPF/CNPJ:** 12933911400**RECEBIDO**

05 SET 2019

Seguradora Líder DPVAT

**Posição em 29-08-2019 16:04:13**

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

| Descrição                 | Tipo         | Status       | Nome                          |
|---------------------------|--------------|--------------|-------------------------------|
| Comprovante de residência | Beneficiário | Não Conforme | HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190422376 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GUILHERME RODRIGUES DIAS **Data do acidente:** 10/06/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** ESCORIAÇÕES EM MEMBROS INFERIORES

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190422376 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GUILHERME RODRIGUES DIAS **Data do acidente:** 10/06/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** ESCORIAÇÕES EM MEMBROS INFERIORES

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



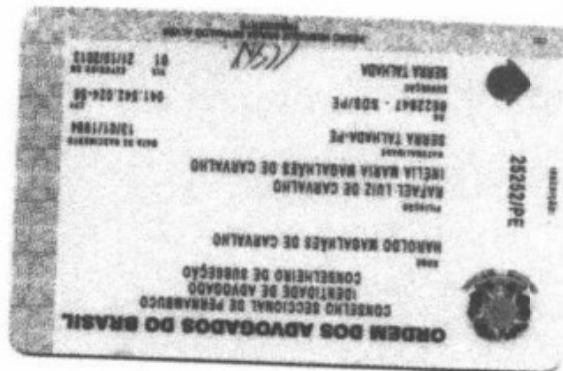


## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE: GUILHERME RODRIGUES DIAS**, brasileiro, solteiro, estudante, portador da Cédula de Identidade nº 4.292.293 SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 129.339.114-00, residente e domiciliado na Rua Hosana Maia Roberto, nº 246, Maia, Princesa Isabel/PB, CEP: 58.755-0000.

**OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo - PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE: GUILHERME RODRIGUES DIAS**, brasileiro, solteiro, estudante, portador da Cédula de Identidade nº 4.292.293 SSDS/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 129.339.114-00, residente e domiciliado na Rua Hosana Maia Roberto, nº 246, Maia, Princesa Isabel/PB, CEP: 58.755-000.

**OUTORGADO: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PE sob o nº 25.252, com endereço profissional à Praça 15 de Novembro, nº 124, Centro, Triunfo – PE, CEP: 56.870-000 - PABX: (87) 3846.1036.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: **GUILHERME RODRIGUES DIAS**.

Princesa Isabel/PB, 08 de julho de 2019.

  
Guilherme Rodrigues Dias  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

**EMÍLIA ÉRICA**  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS  
Emília Érica Alves Frazão - Tabelião Interna  
Rua Cel. Mendonça Pinheiro Lima, 312 - Centro - Princesa Isabel/PB - 58755-000  
Fone: (87) 3875-5209 / 3875-5210 / 3875-5211 / 3875-5212

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:.....  
GUILHERME RODRIGUES DIAS.....  
Em test.de verdade, Princesa Isabel-PB 08/07/2019 11:48:03  
Isabel Kaline Frazão da Silva - Escrevente  
(2017-003913)JEMOL:R\$ 49,91 FARPEN:R\$ 8,29 FEPJ:R\$ 1,98  
SELO DIGITAL: A1U00183-L7ED  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

  
Isabel Kaline Frazão da Silva  
Escrevente

SABEMI – REC. EM 10 JUL 2019



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233921/19

**Vítima:** GUILHERME RODRIGUES DIAS

**CPF:** 129.339.114-00

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 10/06/2018

**Titular do CPF:** GUILHERME RODRIGUES DIAS

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56

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

#### GUILHERME RODRIGUES DIAS : 129.339.114-00

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/07/2019  
Nome: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO  
CPF: 041.542.024-56

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2019  
Nome: JULIANE CAMPOS RODRIGUES  
CPF: 026.874.120-40

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

JULIANE CAMPOS RODRIGUES



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0233921/19

Número do Sinistro: 3190422376

Vítima: GUILHERME RODRIGUES DIAS

CPF: 129.339.114-00

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 10/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GUILHERME RODRIGUES DIAS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

**HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO : 041.542.024-56**

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](http://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: 27/09/2019  
Nome: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO  
CPF: 041.542.024-56

HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2019  
Nome: Alan Silva de Oliveira  
CPF: 885.800.837-53

Alan Silva de Oliveira



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE  
Nº 013434643140  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
EXERCÍCIO 2018

VIA 1 1028549722 RUA TRC \*\*\*\*\*  
NOME: HATEUS DE ARAUJO DA COSTA  
PLACA: SERRA TALHADA-PE 0

075.421.204-80 CHASSI: 9C2ND1110FR001983  
PLACA ANT/UF: \*\*\*\*\*/PE

ESPÉCIE: PAB / MOTOCICLETA  
COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL

MARCA / MODELO: HONDA / XRE 300  
ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2014  
CATEGORIA: PARTICIPANTE

CAP / POT / CL: 29 / 14 CL  
COR PREDOMINANTE: BRANCA

COTA ÚNICA: 1  
VENG / COTAS: 1ª \*\*\*\*\*  
2ª \*\*\*\*\*  
3ª \*\*\*\*\*

PREMIO TARIFARIO (R\$): 100,00  
PREMIO TOTAL (R\$): 100,00  
DATA DE PAGAMENTO: 02/05/18

SEM RESERVA  
SERRA TALHADA  
Charles Andrews Souza Ribeiro  
Diretor Presidente DETRAN/PE

DETRAN

CONTRAN

SABEMI SEGURADORA S/A

26 OUT 2018

RECEBIDO

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013434643140 BILHETE DE SEGURO DPVAT

HATEUS DE ARAUJO DA COSTA

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

SERRA TALHADA-PE EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 02/05/18

VIA 1 075.421.204-80 CHASSI: 9C2ND1110FR001983

RENAVAM 1026549722 MARCA / MODELO HONDA / XRE 300

ANO FAB 2014 COTAGEM 08

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DEBITO (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) TOTAL (R\$) DATA DE OUTRAGO

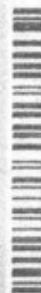
SEGURO PAGO

COTA ÚNICA PAGAMENTO PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.348.808/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
ELE NÃO É DE PORTA GERALITACIAO.





|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| <b>REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b><br><b>MINISTÉRIO DAS CIDADES</b>        |  | <b>DETTRAN - PE</b><br><b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO</b>      |  | <b>PE Nº 013434643140</b><br><b>BILHETE DE SEGURO DPVAT</b>                           |  |
| VIA: 1028845722<br>COD. RENAVAM: 1028845722<br>RATERC.: 2018                  |  | NOME: MATEUS DE ARAUJO DA COSTA<br>PLACA: 075-421-204-80<br>CHASSI: 9C2ND1110FR901983 |  | NOME: MATEUS DE ARAUJO DA COSTA<br>PLACA: 075-421-204-80<br>CHASSI: 9C2ND1110FR901983 |  |
| ESPÉCIE: MOTOCICLETA<br>MARCA/MODELO: HONDA/XRE 300<br>CAP/POT/CIL: 29/29/1CL |  | COMBUSTÍVEL: ALCO/GASOL<br>ANO FAB: 2014<br>ANO MOD: 2014<br>CORR. PRECEDENTE: BRANCA |  | EXERCÍCIO: 2018<br>DATA EMISSÃO: 02/05/18   |  |
| COTA ÚNICA: 1<br>VALOR ÚNICO: 1028845722                                      |  | COTA ÚNICA: 1<br>VALOR ÚNICO: 1028845722  |  | COTA ÚNICA: 1<br>VALOR ÚNICO: 1028845722  |  |
| PRÊMIO TOTAL (R\$): 1028845722<br>CUSTO DO BILHETE (R\$): 1028845722          |  | PRÊMIO TOTAL (R\$): 1028845722<br>CUSTO DO BILHETE (R\$): 1028845722                  |  | PRÊMIO TOTAL (R\$): 1028845722<br>CUSTO DO BILHETE (R\$): 1028845722                  |  |
| SEM RESERVA   |  | SEM RESERVA   |  | SEM RESERVA   |  |
| Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/06/2020 14:23:21     |  | Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/06/2020 14:23:21             |  | Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/06/2020 14:23:21             |  |

SABEMI - REC. EM 10 JUL 2019