



Número: **0802294-76.2019.8.15.0181**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Mista de Guarabira**

Última distribuição : **25/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 21.057,02**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA (AUTOR)		TASSIO PEREIRA LEITE (ADVOGADO) RAILSON SANTOS DA SILVA (ADVOGADO) EDWARD DE CARVALHO ANDRADE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
JANIO DANTAS GUALBERTO (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
48935 212	22/09/2021 15:24	Petição	Petição
48935 215	22/09/2021 15:24	2731181_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02	Outros Documentos
48935 216	22/09/2021 15:24	2731181_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1	Outros Documentos

EM ANEXO



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

PROSFRAG

GUARABIRA - PARAÍBA

FONE: (83) 3271-1156

- [1] RECEPÇÃO
- [2] CID E SSM
- [3] C/ CORRENTE
- [4] ALTA

PRONTUÁRIO Nº 039/2019

Nome: Dr. Ricardo Claudio da Costa
Sexo: mas Naturalidade: João Pessoa
Data de Nascimento: 23, 02, 68
Endereço: St. Ildefonso, Guarabira, PB
Fone: 0601.1932 Documento: 29.2802.591
Responsável: Walter Claudio da Costa (mar)
Endereço: Manoel Elias da Costa, Pó
Fone: 031.645.083.584.20

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
30 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CLÍNICA MÉDICA

Enf. ou Apto: 005 Leito: _____
Categoria: ambulatorial ☒ 1 ☒ 2 A.I.H.N.
Data da Entrada: 22, 02, 2019 Hora da Entrada: 15:30

Recepcionista

Médico Plantonista

CRM: 14018

ALTA: Motivo - 1 Curado - 2 Melhorado - 3 Inalterado - 4 A pedido - 5 Interna do para Diagnóstica
- 6 Administrativa - 7 Por Disciplina - 8 Evasão - 9 Para complementação do
tratamento em regime ambulatorial.

Data: 23.02.2019

Temístocles de A. R. Silva
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA
CRM: 14018
MÉDICO - CRM

Scanned by CamScanner



Queixa Principal:

Dor em punho

Histórico da Doença Atual:

Dor intensa de punho (base do 1º metacarpo - 1º) durante o dia + noite em punho

EXAME FÍSICO:

P.A. _____ T.P.R. _____ PESO: _____ PULSO: _____

Mucosas: _____ Est. Geral: _____ Faces: _____

Diagnóstico Inicial:

Rx. displasia de punho

C.I.D. _____

Procedimento Solicitado: _____

Diagnóstico Definitivo:

D. punho

C.I.D. _____

Diagnóstico Secundário: _____

C.I.D. _____

Procedimento Realizado:

Rx. punho (redução + fixação com

Observações:

pinos intra-articulares + placa 4,5mm estria de metalização)

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O abaixo assinado,

plena e inteira responsabilidade dos médicos do PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA, que o assistem para promoverem qualquer tratamento médico ou cirúrgico de sua enfermidade e realizarem as intervenções que julgarem necessárias ao diagnóstico, bem como se comprometem a submeter-se a todas as disposições gerais, contidas no Regulamento do Hospital.

22/09/2021 15:24:39

Suelio Moreira Torres

Scanned by CamScanner

PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

Av. Rui Barbosa, 240 - Centro - Fone (83) 3271-1156 - Guarabira - Paraíba

FOLHA DE ANESTESIA

Nome: Leandro Augusto da Costa **DATA:** _____

Sexo: ☐ CAS. ☐ VIU. ☐ DEBQ. ☐ **SEXO:** ☐ MASC. ☐ FEM. ☐ **COR:** ☐ BR. ☐ PO. ☐ PR. **PROFISSÃO:** _____ **IDADE:** _____

Bairro: _____ **CATEGORIA:** _____

C.P. _____ **INS.** _____ **MATRÍCULA:** _____

PROCEDIMENTO: IMPL. DOS OSSOS DA PERNA

REALIZADA POR: IMPL. CIRURG.

ALDEIA: 2.710

PRESSÃO ARTERIAL:

PESO: _____ **PULSO:** _____

TEMPERATURA: _____ **RESPIRAÇÃO:** _____

ESTADO GERAL: ☐ B. ☐ R. ☐ M. ☐ P.

RISCO CIRÚRGICO: ☐ B. ☐ R. ☐ M. ☐ P.

GRUPO SANGÜÍNEO: _____

EXAMES COMPLEMENTARES: _____

HORA: _____

ANESTESIA: ☒ SAGUINADA ☐ DEPENDENTE ☐ BLOQ. DE PLEXO ☐ BLOQ. DE NERVOS ☐ OUTRAS: _____

TERMINO: 20:45 **DURAÇÃO:** _____

MATERIAL GASTO COM O ATO ANESTÉSICO:

2.500 2.500 1.000 01/02/2021

ASSINATURA: _____

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2021 15:24:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092215243840000000046443475>

Número do documento: 21092215243840000000046443475

Num. 48935215 - Pág. 3

**PRONTO SOCORRO DE FRATURAS
DE GUARABIRA**
COMISSÃO DE CONT. DE INFEÇ. HOSPITALAR

CONTROLE DE INFECÇÃO

PACIENTE: para Acute & claudicância 039/18
 SEXO: M ENF. LEITO: 12.02.17 DATA DE ADMISSÃO: 23.02.17 DATA DA ALTA: 23.02.17

RES. PRINCIPAL: fratura de fêmur
 LOCAL: clínica DATA: 23.02.17 TEMPO: 3

INDICADORES
 INICIALMENTE CONTAMINADA ☐ PEQUENA ☐ ELEITA ☐ ANTIBIÓTICO PROFIÁTICO
☐ MÉDIA ☐ URGÊNCIA ☐ ANTIBIÓTICO CURATIVO
☐ GRANDE ☐ EMERGÊNCIA ☐

SERVIÇO: Ortopedia
 ANESTESIA: raquidural
☐ sim ☐ não ☐ técnico

DIAGNÓSTICO
☐ CLÍNICA CRÔNICA ☐ CLÍNICA PEDIÁTRICA ☐
☐ CLÍNICA OBSTÉTRICA ☐ UTI ☐
☐ CLÍNICA MÉDICA ☐ DIC ☐

INFECÇÃO
 SÍTIO CLÍNICO ☐ GASTROINTESTINAL ☐ SEPTICEMIA ☐ INTRA-ABDOMINAL
☐ URINÁRIA ☐ CIRCULATÓRIA ☐ OUTRAS
☐ GÊNITO ☐ SISTEMA NERVOSO

INTERVENÇÃO
☐ CATETER VESICAL ☐ CATETER ARTERIAL ☐ ANTI-REFLUXO
☐ TRACHEOSTOMIA ☐ TORACOCENTESE ☐ CISTOSCOPIA
☐ DILAT. PERITONEAL ☐ HEMODIÁLISE
☐ TRANSPLANTE ☐ ALIM. PARENTERAL PROLONGADA
 TEMPO ÚTIL:

PROLOGIA: ☐ sim ☐ não CULTURA: ☐ sim ☐ não

INICIAL COLUDO	DATA	REVALIDAR	ANTENOGRAFIA

ANÁLISE DE RISCO	DATA	DATA	ANÁLISE DE RISCO DE ANTIBIÓTICOS

Scanned by CamScanner



SETOR:

LETO:

Num. 48935215 - Pág. 6

Estado da Paraíba
Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Relatório de Enfermagem

Nome do Paciente: Jose Ricardo Claudio da Costa
Enfermeira: apart Leitor: _____
Data: 22/02/19

A Tipo de Dieta: _____ Aceitando? () Sim () Não () Pouco
Paciente em Ventilação? (x) Sim () Não () Função Periférica () Subclávia () Dissociação Venosa
Estado Geral do Paciente: (x) Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros
Sinais Vitais: PA: _____ Tem: _____ Pulso: _____ Respiração: _____
Paciente faz uso de: () S.F.V. () Sim (x) Não Irrigação () Sim () Não
() Supra Pélvica - Diurese _____ ml
() Sonda Nasogástrica - () Aberta () Fechada Debito da S.N.G _____ ml
Realizando curativo? (x) Sim () Não () Limpo () Com secreção
OBS: _____
Paciente recebeu medicação (x) Sim () Não () Faltou medicação
Justificativa: _____

INTERCORRÊNCIAS:

Paciente admitido na clínica cirúrgica para submeter-se a
uma cirurgia, segue consciente e orientado, bi administrando
med. q. analgésico e medicament.

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: Quyen Turno: dia

Estado da Paraíba
Pronto Socorro de Fraturas de Guarabira

Relatório de Enfermagem

Nome do Paciente: Jose Ricardo Claudio da Costa
Enfermeira: apart Leitor: _____
Data: 22/02/19

Tipo de Dieta: _____ Aceitando? () Sim () Não () Pouco
Paciente em Ventilação? (x) Sim () Não Função Periférica () Subclávia () Dissociação Venosa
Estado Geral do Paciente: (x) Estável () Regular () Comprometido () Grave () Outros
Sinais Vitais: PA: _____ Tem: _____ Pulso: _____ Respiração: _____
Paciente faz uso de: () S.F.V. () Sim (x) Não Irrigação () Sim () Não
() Supra Pélvica - Diurese _____ ml
() Sonda Nasogástrica - () Aberta () Fechada Debito da S.N.G _____ ml
Realizando curativo? () Sim () Não () Limpo () Com secreção
OBS: _____
Paciente recebeu medicação (x) Sim () Não () Faltou medicação
Justificativa: _____

INTERCORRÊNCIAS:

Paciente admitido na clínica cirúrgica para submeter-se a
uma cirurgia, segue consciente e orientado, bi administrando
med. q. analgésico e medicament.

Carimbo e assinatura do Técnico/Auxiliar: Quyen Turno: noite

Scanned by CamScanner



Av. Rui Barbosa, 240 - Centro - Fone (83) 3271-1156 - Guarabira - Paraíba

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nº Prontuário	
Paciente	
Nome	
Operação	
Enf.	
Leito	
1º Auxiliar	
3º Auxiliar	
Instrumentador	
Tipo de Anestesia	
Estado Pré-Operatório	
Estado Pós-Operatório	
Exame de Patologista	
Exame Radiológico no Ato	
Exame Radiológico no Ato	
Exame Clínico e Operação	

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos - Visceras

Alt. em VCH + argila + antropia
tempo extenso
muito em regiões antropológicas
muitas das freqüentes áreas
deixos / pedras interligadas
deixos / pedras e pedras
dentro por planar
curvas
Alt. Antropia.

Dr. Johannes de Waele, Hout- & Papier-Fabrik
Oostende 8, Belgien
Tel.: 25 18, C.F. 225, 226, 227-42

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO





PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRAS

PACIENTE: Suelio Moreira Torres ENDEREÇO: Av. ...

RESPONSÁVEL

CONVÊNIO

IDADE: 45

MÉDICO

EVOLUÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIOS DE MEDICAMENTOS

Data / Hora

Scanned by CamScanner



PRONTO SOCORRO DE FRATURAS DE GUARABIRA

ENFERMEIRO (A) _____

SAE

Nome: _____
 Leito N°: _____
 Número do Cartão do SUS: _____ Idade: 65 Sexo: () M () F
 Peso: _____ Altura: _____ MMC: _____

SSV

Pulso: 60 bpm P.A.: 120/80 mmHg FR: _____ IRPM
 Temperatura: _____ °C
 Antecedentes: () Hip () DM () Infarto () Tabagismo () Alcoolismo Outros _____
 Doença Atual _____

ALIMENTAÇÃO DIETA

Aceitou () Não aceitou () Aceitou parcialmente () Amamenta ()
 SNG: _____ SNE: _____

ELIMINAÇÕES

Vesicais: () Presentes () Ausentes () com traços de sangue
 SVD: _____
 SVA: _____

REPOUSO

() Isônia () dificuldade de conciliar/ manter sono () Sono preservado
 Obs: _____

ACESSO

() Scaip data: 12/08/19

CONDIÇÃO DE PULSAÇÃO

AVLIAÇÃO DA DOR EM ESCALA

0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

Local da dor: _____



CONDUTA TERAPÊUTICA

Outro am na
em

PROCEDIMENTOS:

() Medicação () Curativo () Sondagem () Nebulização () Outros

PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM

1. *SSU 12 /*
2. *...*
3. *...*

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM DIÁRIA

FCR...
...
...
...

Responsável

Data *23/06/17*



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.802.541 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 29/11/2018

NOME JOSÉ RICARDO CLAUDIO DA COSTA

PLAÇÃO MANOEL ELIAS DA COSTA DALVA CLAUDIO DA COSTA

NATURALIDADE GUARABIRA-PB DATA DE NASCIMENTO 23/02/1968

PCC 098888

CERT. CAS. Nº1381 - LIV.B.3 - FLS.181 - CARTORIO GUARABIRA-PB

CPF 645.083.584-20

ASSINATURA DO CARTEIRO LUIZ CARLOS DA SILVA 20/08/83

A+

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-262

José Ricardo L. da Costa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

16 ABR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



Número do Prontuário.: 6245

DATA: 12/02/2019

HORA: 20:14:39

Número do Atendimento.: 1757979

SETOR => RECEPÇÃO / EMERGÊNCIA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: JOSE RICARDO
CLAUDIO DA COSTA

CEP: 58200000

Nascimento: 23/02/1968

Endereço: SÍTIO AREIA BRANCA

Número: 0

Bairro: ZONA RURAL

cidade: Guarabira

Idade: 050

Telefone: 96011933

Nome da Mãe: DALVA CLAUDIO
DA COSTA

Sexo: M

Profissão:

CPF: 64508358420

CNS: 706300178063380

Responsável: ILMA CLAUDIA DA
COSTA

CONVÊNIO: SUS

Estado Civil: Casado(a)

Local Procedência: URGENCIA

Motivo atendimento: ACIDENTE DE
MOTO

CONFERE
COM O ORIGINAL
08/03/19

Severino Luiz De Oliveira Silva
Coordenador de Urgência
Hospital Regional de Guarabira

PC Kuz. clon
velo GPMU
1601 e P
gullu p
Tram. de
JP 75

PA: [] x mmHg | PULSO: [] | TEMP: [] | FC: []

DADOS CLÍNICOS:

PC no h- de gualty de condto
a clito. Don a restrição de movimento
na M.E. (E)
Oitiva fratura costal cervical
a setor 982 F.R. 18.4 pm
a 1-16 pm M. 12.000
a 12.000 M. 12.000
a 12.000 M. 12.000

DIAGNÓSTICO: (E) Don

CID:

ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL: =

Ilma Claudia da Costa

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
16 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PIMENTEL FILHO

3/7192-1681-1000/projetos/urgencia.php?contar=1757979



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria das Graças Claudio da Costa,
RG nº 29554 502-6, data de expedição 21/05/2012,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 036.990.448-1, com
domicílio na cidade de Guarabira, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
São Talvador B. Anacardil, nº S/N,
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jose Ricardo Claudio da Costa, cujo o condutor era
Jose Ricardo Claudio da Costa.

Veículo: Moto
Modelo: ISHJNERA X 500
Ano: 2014
Placa: GFR 34081PB
Chassi: LX4XCBL03F0240902
Data do Acidente: 12/02/2019
Local e Data: Guarabira PB 12/02/2019

Maria das Graças Claudio da Costa
Assinatura do Declarante

Jose Ricardo Claudio da Costa
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



TOSCANO DE SALES - SERVICIO NOTARIAL E REGISTRAL
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular
Av. Dom Pedro I nº 43 - Centro - Guarabira - PB CEP 56200-000 Fone: (81) 3271.1251

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:.....
MARIA DAS GRAÇAS CLAUDIO DA COSTA.....
Em test.de verdade. Guarabira-PB 09/04/2019 14:51:45
Wardiria Toscano de Sales - Titular
[2019-002504]EML:R\$ 19,91 FAPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,96 FEP:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AIL34040-WRN
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

TOSCANO DE SALES - SERVICIO NOTARIAL E REGISTRAL
WARDIRIA TOSCANO DE SALES - Titular
Av. Dom Pedro I nº 43 - Centro - Guarabira - PB CEP 56200-000 Fone: (81) 3271.1251

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firmas(s) de:.....
JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA.....
Em test.de verdade. Guarabira-PB 15/04/2019 15:18:39
Wardiria Toscano de Sales - Titular
[2019-002626]EML:R\$ 19,91 FAPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,96 FEP:R\$ 0,50
SELO DIGITAL: AILB0440-W70
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Luciano Santos Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 014.804.334/02, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fazê Ricardo Abreu da Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 04.508.3584 / 20, do sinistro de DPVAT cobertura Invóluculo da Vítima Fazê Ricardo Abreu da Costa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 04.508.3584 / 20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Procurador Renda: Procurador e apresento os documentos comprobatórios:

sem problema

☒ 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		Número	Complemento
<u>Fazê Ricardo</u>		<u>014</u>	<u>014</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Novo</u>	<u>Guarabira</u>	<u>PB</u>	<u>58200000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>83988547538</u>

Guarabira 13.10 de abril de 2019
Local e Data

Luciano Santos Oliveira
Assinatura do Declarante



DLDRL.001 V001/2017



Num. 48935215 - Pág. 17



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
64508358420 José Ricardo Claudio da Costa
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: José Ricardo Claudio da Costa CPF: 64508358420
Profissão: Agricultor Endereço: Silva Taboas Número: 51 Complemento: 1000
Bairro: Vila Turil Cidade: Grammaiz Estado: PB CEP: 58200-000
E-mail: Tel. (DDD): 83 98597538

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0042 CONTA: 95333 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: Falecidos: 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário

Local e Data: Grammaiz PB 10/04/2019
Nome: José Ricardo Claudio da Costa
CPF: 64508358420

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: COMPREV
CPF: COMPREV
Assinatura: 16 ABR. 2019
2ª Nome: PROTOCOLO
CPF: AG. JOÃO PESSOA
Assinatura: AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

101.10001/2018



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2019
Ocorrência nº. 0152/2019

Aos **NOVE** dias do mês de **ABRIL** do ano de **DOIS MIL E DEZENOVE**, nesta 2ª Delegacia Distrital de Guarabira-PB, sob a responsabilidade do Bel, **SEVERINO GOMES DE ASSÍS**, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado aí compareceu: **JOSÉ RICARDO CLÁUDIO DA COSTA**, brasileiro, casado, natural de **Guarabira-PB**, vaqueiro, com 51 anos de idade, nascido aos **23.02.1968**, RG **2802541 SSP-PB**, CPF **645.083.584-20**, filho de Manoel Elias da Costa e de Dalva Cláudio da Costa, residente no sítio tabocas, zona rural, próximo a fazenda de Zenóbio, Guarabira-PB. (83) 9 8684-4468

. A quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de **FALSIDADE IDEOLÓGICA** (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado: QUE afirma o noticiante que em data de 12.02.2019, por volta das 19:00hs quando o noticiante conduzia o veículo de informações a seguir; **MOTOCICLETA I/SHINERAY XY 50 Q**, placa **QFR 3408-PB**, CHASSI **LXYXCBL01F0246902**, RENAVAL 0107433086-0, cadastrada no Detran-PB em nome de **MARIA DAS GRAÇAS O DA COSTA**, ao chegar nas proximidades da encruzilhada, perdeu o controle do referido veículo ao tentar desviar de um animal (cachorro); QUE o noticiante veio a cair e ter fraturado a perna esquerda; QUE terceiros acionaram a viatura do SAMU, e o noticiante foi conduzido para o Complexo Hospitalar de Guarabira-PB (Hospital Regional), como consta em documentos anexos.

Este Boletim tem validade de 30 (trinta) dias, devendo o comunicante providenciar a segunda via dentro deste prazo.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivão(o) que digitei.

José Ricardo Cláudio da Costa

JOSÉ RICARDO CLÁUDIO DA COSTA

Comunicante

Cristóvão J. A. Gabriel

Cristóvão J. A. Gabriel
Escrivão de Polícia Civil
Mat. 155.704-1





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 Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190279775

Vítima: JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

Data do Acidente: 12/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

Informamos que o pagamento da indenização o 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: JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000042

Conta: 0000095331-9

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

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

Nº do sinistro ou ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
------------------------	----------------	--------------------------

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

Nome completo: José Ricardo Clemente da Silva		CPF: 04508355420	
Profissão: Agrônomo	Enderço: São Sebastião	Número: 51	Complemento: S/O
Bairro: Vila Maria	Cidade: Gramma	Estado: PB	CEP: 58200-000
E-mail:			Tel.(DDD): 834 8854 7538

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

REDA MENSAL:

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

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0042 ☐ CONTA: 95331 ☐ 9
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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.

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INML - PREENCHIMENTO COMPLETO

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (INML) para os fins de requerimento de indenização de 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 realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:		Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
----------------------------------	--	---	--

Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: <input type="text"/> Falecidos: <input type="text"/>	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Local e Data: Guangzhou PB 10/04/2019
 Nome: 122º Biecardo Claudio da Silva
 CPF: 12450835420

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

16 ABR. 2019

Assinatura

2ª | Nome: _____ CPF: _____

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

ឆ្នាំ ២០១៨





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, 29 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190279775

Vítima: JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

Data do Acidente: 12/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00433/00434 - carta_03 - INVALIDEZ

00060217



Carta nº 14244337



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:	14/05/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00042

CONTA: 000000095331-9

Nr. da Autenticação 7EF80938857064CD



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0130358/19

Número do Sinistro: 3190279775

Vítima: JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

CPF: 645.083.584-20

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

Data do acidente: 12/02/2019

Titular do CPF: JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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 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: 30/04/2019
Nome: LUCIANO SANTOS OLIVEIRA
CPF: 014.864.314-02

LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Num. 48935215 - Pág. 25

PROCURAÇÃO
PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jose Ricardo Claudio da Costa Nacionalidade: Brasileiro Est.
Civil: Solteiro Profissão: Assessor Identidade: 2-808541
145 053 554-20 CPF: Endereço: Rua Taboas n. 310
B. Maracá

OUTORGADO:

Nome: Leandro Santos Oliveira Nacionalidade: Brasileiro Est.
Civil: casado Profissão: Consultor
Identidade: 3307382 CPF: Endereço:
Jose Ricardo N. 668 B. novo 054-864-33402

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Jose Ricardo Claudio da Costa

Loca
le
data



Jose Ricardo Claudio da Costa



Reconheço, como autêntica a verdadeira, a(s) Fim(s) de
JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA
Em test. da verdade, Guaratuba-PR 09/04/2019 17h52:38
Márcia Tascano de Sales - Titular
12019-60250 JEM:RA 89 91 FAPEN:RA 0,29 FAPEN:RA 1,76 ISS:RA 0,50
SELO DIGITAL: ALL3484C-1X3H
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190279775 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA **Data do acidente:** 12/02/2019 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P2 P9)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 3.107.382 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIENTE 08/06/2016

NOME LUCIANO SANTOS OLIVEIRA

FILIAÇÃO FRANCISCO DELFINO DOS SANTOS MARIA DO SOCORRO SANTOS OLIVEIRA

NATURALIDADE BARRA DE SANTA ROSA-PB DATA DE NASCIMENTO 03/06/1985

DOC. ORIGIN. CERT. CAS. Nº 10833 - LV 37 - FLS. 68 - CARTÓRIO GUARABIRA-PB

CNPJ 014.864.314-02

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICAÇÃO

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

262-1

Luciano Santos Oliveira

CANTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

16 ABR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 Nº 014797689850

1 0107433086-0 00/00000000 2019
 MARIA DAS GRACAS C DA COSTA

03699004481 QFR3408/PB
 NOVO RN LXYYCBL01F0246902

ESPECIE TIPO GASTO COMBUSTIVEL
 L/SHINERAY XY 50 Q GASOLINA

2 P/49 /CI CATEGORIA PRETA

1 PVA ISENTO 00/00/0000 2º
 V PVA ISENTO 00/00/0000 2º
 A PVA ISENTO 00/00/0000 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0
 P A G O 25/01/2019

SEM RESERVA DE DOMINIO

GUARABIRA-PB LOCAL 14/03/2019
 16497 41491

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

PB Nº 014797689850 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

1 01074330860 03699004481
 L/SHINERAY XY 50 Q

2014 9 LXYYCBL01F0246902

PREMIO TARIFARIO
 P A G O 25/01/2019

SEGURO
 DATA DE EMISSÃO 14/03/2019

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 09.245.604/0001-04

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 15 ABR. 2019
PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE GUARABIRA/PB

Processo n.º 08022947620198150181

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSE RICARDO CLAUDIO DA COSTA**, 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:

DO LAUDO PERICIAL

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

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.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

GUARABIRA, 20 de setembro de 2021.

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 - 22/09/2021 15:24:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092215243989400000046443476>
Número do documento: 21092215243989400000046443476