



Número: **0823859-34.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
DELMIR BARBOSA MAXIMIANO (AUTOR)	THIAGO JOSE MENEZES CARDOSO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
LUCIANO JOSE LIRA MENDES (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43907 607	01/06/2021 10:50	<u>Petição</u>	Petição
43907 608	01/06/2021 10:50	<u>2737071_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
43907 610	01/06/2021 10:50	<u>2737071_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:50:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110504397800000041749673>
Número do documento: 21060110504397800000041749673

Num. 43907607 - Pág. 1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima	4 - Nome completo da vítima	
	064 963 594-90	Delmir Barbosa Maximiano	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	6 - Endereço:	7 - Profissão:	8 - Número:	9 - Complemento:
Delmir Barbosa Maximiano	Rua Desembargador Manoel Taigy	meio	103	
11 - Bairro:	Centro	12 - Cidade:	Guarapari	13 - Estado:
Alto do Matheus	ES	Jataí Perseca	Milho Fazenda	PE
15 - E-mail:		16 - Tel (DDD):	58090-232	17 - Celular:
			(83) 98872-9070	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (informe para os bancos abaixo). Avançar uma opção:	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (informe banco)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Bradesco
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: 0108
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____	CONTA: 0058 928
(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)
(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo acima, sócio o prontegamento da assinatura do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desse já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 8.544/74, art. 35, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> 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 Sóis Vivos: Filhos, informar: Sim Não 30 - Vítima deixou: Sim Não 31 - Vítima Sóis Vivos: Filhos, informar: Sim Não 32 - Se tem irmãos, informar: Sim Não 33 - Vítima deixou: Sóis Vivos: Filhos, informar: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não veridíctica poderá gerar a integração de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal prevista no artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido	38 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
36	37 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha
38 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido		40 - Local e Data: _____

Delmir Barbosa Maximiano
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





Autoatendimento
Deposito em Conta-Corrente em Dinheiro

Banco: 237 Agencia: 2340 Maquina: 038634
Data: 22/01/2020 Hora: 13:44 N.Trans: 002468

Favorecido
Banco: 237
Agencia: 2108 / CRUZ DAS ARMAS-UJP
Conta: 0058928-4

Valor do deposito: 5,00

Titular: DELMIR BARBOSA MAXIMIANO

Alo Bradesco
SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h as 18h, exceto feriados.

Horario de Brasilia.

Obrigado
Tenha uma boa tarde





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima	4 - Nome completo da vítima	
	064 963 594-90	Delmir Barbosa Maximiano	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	6 - Endereço:	7 - Profissão:	8 - Número:	9 - Complemento:
Delmir Barbosa Maximiano	Rua Desembargador Manoel Taigy	naveou-se	103	
11 - Bairro:	Centro	12 - Cidade:	Guarapari	13 - Estado:
Alto do Matheus	ES	Jataí Perseca	Milho Fazenda	PE
15 - E-mail:		16 - Tel (DDD):	58090-232	17 - Celular:
		(83) 98872-9070		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (informe para os bancos abaixo). Avançar uma opção:	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (informe banco)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Bradesco
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: 0108
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____	CONTA: 0058 928
(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)
(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo acima, sócio o prazo de seguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desse já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 8.544/74, art. 35, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> 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: (completar)

28 - Vítima Sóis Vivos: Filhos, informar: Sim Não 30 - Vítima deixou herdeiros (herdeiros naturais): Sim Não 31 - Vítima Sóis Vivos: Filhos, informar: Sim Não 32 - Se tem irmãos, informar: Sim Vivos Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não veridíctica poderá gerar a integração de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal prevista no artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido

35 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido

36 - Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

37 - * Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

38 - 2º | Nome _____

CPF _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome _____

CPF _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Delmir Barbosa Maximiano
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

41 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura digitalizada



Autoatendimento
Deposito em Conta-Corrente em Dinheiro

Banco: 237 Agencia: 2340 Maquina: 038634
Data: 22/01/2020 Hora: 13:44 N.Trans: 002468

Favorecido
Banco: 237
Agencia: 2108 / CRUZ DAS ARMAS-UJP
Conta: 0058928-4

Valor do deposito: 5,00

Titular: DELMIR BARBOSA MAXIMIANO

Alo Bradesco
SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h as 18h, exceto feriados.

Horario de Brasilia.

Obrigado
Tenha uma boa tarde





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0847- 2019	Responsável pelo Levantamento do Acidente: JONAS PAULO DE SANTANA SANTOS				Posto/Graduação: CB /PM	
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Av. Gal Aurélio de Lira tavares	Hora 08:40	Bairro Juracy Palhano	Município: João Pessoa	UF: PB		
Data da Ocorrência 02/12/2019	Dia da Semana Segunda-feira	C/S Vítima (QT) Com / 01	Tipo de Acidente Col.Traseira	Tipo de pavimento Asfalto	Condições da Pista Seca	
Condições do Tempo Bom	Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos		Controle do trânsito Pista Dupla			

CONDUTOR 01

Nome Jonatas Oliveira Silva	Sexo Masculino	Nascimento 23/01/1997	RG 2615494 - RN
---------------------------------------	--------------------------	---------------------------------	---------------------------

Endereço

Rua: das Jaqueiras nº 15 – Pau Brasil - São José do Mipibú / RN– Tel.(084)99400-0760

1ª Habilitação 24/11/2015	Categoria AD	Registro CNH N. ^º 06512046696	U.F. RN	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 31/07/2023	Usava cinto Sim	Usava Capacete -
-------------------------------------	------------------------	--	-------------------	---------------------------	--------------------------------------	---------------------------	----------------------------

Exame de Embriaguez Alcoólica

Sim(0,00mg/l)

Destino do Condutor

Liberado no Local

VEÍCULO 01

Marca/Modelo VW / 24. 250 CLC	Espécie Caminhão	Placa OJR 7936	Categoria Aluguel	Município Macaíba	U.F. RN
---	----------------------------	--------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------

Nome do Proprietário

IM AGRO INDUSTRIA DE FRUTAS E DERIVADOS - LTDA

Seguradora DPVAT	Bilhete N. ^º 014529065956	Renavan N. ^º 0048125458-7	Data da Emissão 04/06/2019
----------------------------	--	--	--------------------------------------

Condições do Veículo Antes do Acidente

Nada constatado

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: trafegava na via (A), sentido BR 101/Alto do Mateus, sendo interceptado por um outro caminhão que evadiu-se do local; Que ao ser interceptado naquele momento foi obrigado a frear, resultando assim na colisão traseira do seu veículo.

CONDUTOR 02

Nome Delmir Barbosa Maximiano	Sexo Masculino	Nascimento 02/01/1987	RG 2981221/PB
---	--------------------------	---------------------------------	-------------------------

Endereço

Rua : Desembargador Manoel Targi de Queiros n º 133 – Alto do Mateus - João Pessoa PB – Tel.(083)98811 8076

1ª Habilitação 09/03/2012	Categoria AB	Registro CNH N. ^º 05542464300	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 25/01/2022	Usava cinto -	Usava Capacete -
-------------------------------------	------------------------	--	-------------------	---------------------------	--------------------------------------	-------------------------	----------------------------

Exame de Embriaguez Alcoólica

Não Realizado

Destino do Condutor

Socorrido ao Hospital de Trauma

VEÍCULO 02

Marca/Modelo HONDA / XRE 190	Espécie Motocicleta	Placa QSM 1040	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
--	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------

Nome do Proprietário

Delmir Barbosa Maximiano

Seguradora DPVAT	Bilhete N. ^º 014355363453	Renavan N. ^º 0117735380-3	Data da Emissão 04/01/2019
----------------------------	--	--	--------------------------------------

Condições do Veículo Antes do Acidente

Nada constatado

VERSÃO DO CONDUTOR 02

ASSINATURA

Condutor declarou que: trafegava na alça que dá acesso a via Oeste, e que havia um caminhão lento em uma faixa. O condutor passou para a faixa rápida, onde outro veículo saiu atrás da mesma faixa, impossibilitando ultrapassagem, e ao tentar retornar para se manter na faixa do caminhão, o mesmo havia parado bruscamente para evitar a colisão no veículo da frente; Que em seguida ocorreu a colisão com V1 do lado esquerdo e a cicleta. Observação: digitação realizada com base na versão entregue no dia 30/12/2019 pelo procurador **Anderson Silvestre Alcântara da Silva – RG 3595587.**

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0847 /2019

VITIMA 01

Nome Delmir Barbosa Maximiano	Sexo Masculino	Nascimento 02/01/1987	Viajava no Veiculo Nº 02
---	--------------------------	---------------------------------	------------------------------------

Endereço

Rua : Desembargador Manoel Targi de Queiros n º 133 – Alto do Mateus - João Pessoa PB

Condicao da Vítima Condutor	Conduzida Para Hospital de Trauma	Usava Cinto	Usava Capacete
---------------------------------------	---	-------------	----------------

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: ocorreu o sinistro na via (A), sentido BR 230 / Alto do Mateus; Que não foi constado sulcagem na via; Que não foi possível arrolar testemunhas no local. O condutor do V1 foi submetido ao teste de alcoolemia pelo etilômetro nº série 114305 de teste nº 01595, tendo como resultado de 0,00 mh/l de ar alveolar; Que o condutor 01 foi liberado no local e o condutor 02 foi socorrido ao Hospital de Emergência e Traumas pelo SAMU. O V1 foi liberado no local e o V2 recolhido ao pátio do BPTran para complemento do BOAT.

João Pessoa – PB, 10 de dezembro de 2019.

DATA/HORA DE TRÂNSITO: JESKINER RODONIARIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 23/12/2019

ASSINATURA


JONAS PAULO DE SANTANA SANTOS – CB PM
Responsável pelo Levantamento



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0847/ 2019

AMARRAÇÕES

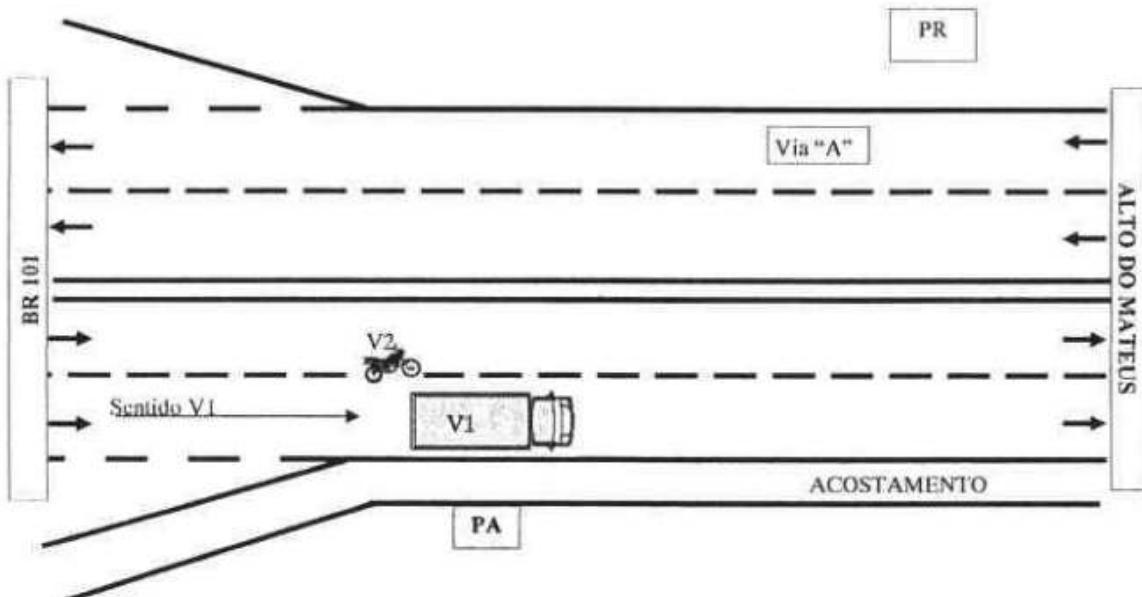
VIA "A" - Avenida Gen. Aurélio de Lyra Tavares 20,00metros

PR (Ponto de Referência) Posto Alto do Mateus

PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Diancero Direito 03.80 e Traseiro Direito 03.80 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Diancero Direito 08.10 e Traseiro Direito 07.40 metros para (PA)



DIBUJO/Illustração não forneceu/ Not drawn

AVARIAS



V1



V2

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
FM: 23/12/19

ASSINATURA

Jonas Paulo de S. Santos Cb PM
Responsável pelo Levantamento

EMBRANCO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:50:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110504462200000041749674>
Número do documento: 21060110504462200000041749674

Num. 43907608 - Pág. 8



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0847/2019

DANOS NO V1

Marca/Modelo: VW / 24. 250 CLC	Placa: OJR 7936 / RN	Responsável pelo Preenchimento: CB JONAS	Data: 02/12/2019
-----------------------------------	-------------------------	---	---------------------

CAMINHÃO, CAMINHÃO TRATOR, REBOQUE E SEMIREBOQUE

AVARIAS NO ACIDENTE

item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
01	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X		
02	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M	X		
03	Para choque traseiro danificado.	M	X		
04	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X		
05	Avaria em qualquer um dos eixos.	M	X		
06	Dano em qualquer componente do Sistema de Freios.	M	X		
07	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M	X		
08	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina.	M	X		
09	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas.	M	X		
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G	X		
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G	X		
12	Chassi com deformação lateral maior que a altura da longarina.	G	X		
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 com comprimento do chassi.	M	X		
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão.	M	X		
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior ou igual a 2/3 com comprimento do chassi.	G	X		
16	Air Bags (se existir)	M	X		

M: Item que individualmente implica em Dano de Média Monta.

G: Item que individualmente implica em Dano de Grande Monta.

Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade

Dano de Pequena Monta:	quando não houver nenhum item assinalado nas colunas "SIM" ou "NA"
Dano de Média Monta:	quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria M
Dano de Grande Monta:	quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria G

Observações:DANO DE PEQUENA MONTA

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi danificado ou não no acidente, assinalar com um X a coluna NA

SIM = Item danificado no acidente; NÃO = Item não danificado no acidente; NA = Impossibilidade de avaliar o dano (Não avaliado)

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
 Cópia de Conformidade com o Original

EM: 23/12/19

ASSINATURA

CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0847/2019

DANOS NO V2

Marca/Modelo: HONDA / XRE 190	Placa: QSM 1040	Responsável pelo Preenchimento: CB JONAS	Data: 02/12/2019
---	---------------------------	--	----------------------------

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro	X			05	Chassi		X	
02	Mesa superior da suspensão dianteira	X			06	Garfo traseiro		X	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira	X			07	Eixo traseiro (triciclos)		X	
04	Coluna de direção	X				Total Geral (Sim + NA)	00		

Observações:DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 → DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 → DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 → DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa – PB, 10 de dezembro de 2019.

JONAS PAULO DE SANTANA SANTOS – CB PM
Responsável pelo Levantamento

SARLHÁS DE TRANSITO GRANDE SORRINHA
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 23/12/19

ASSINA



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



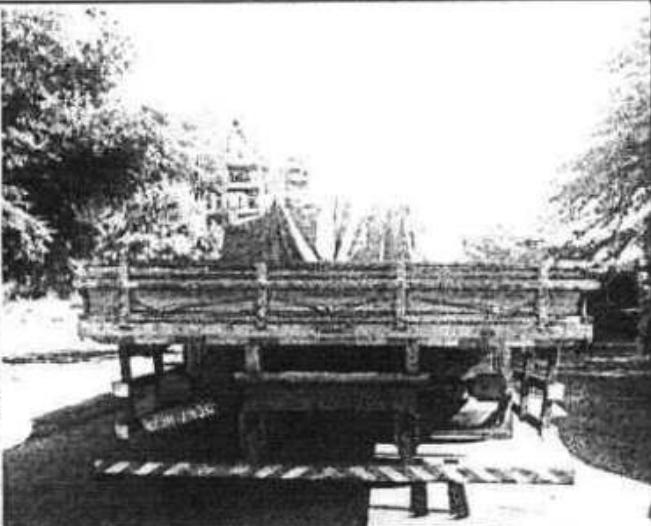
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0847/ 2019

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 23/12/19

Jonas Paulo de S. Santos Cb PM
Responsável pelo Levantamento



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:50:44

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106011050446220000041749674>

Número do documento: 2106011050446220000041749674

Num. 43907608 - Pág. 11



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIAO METROPOLITANA (CPRJ / CPRJIN)
BATALHÃO DE POLICIA DE TRANSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

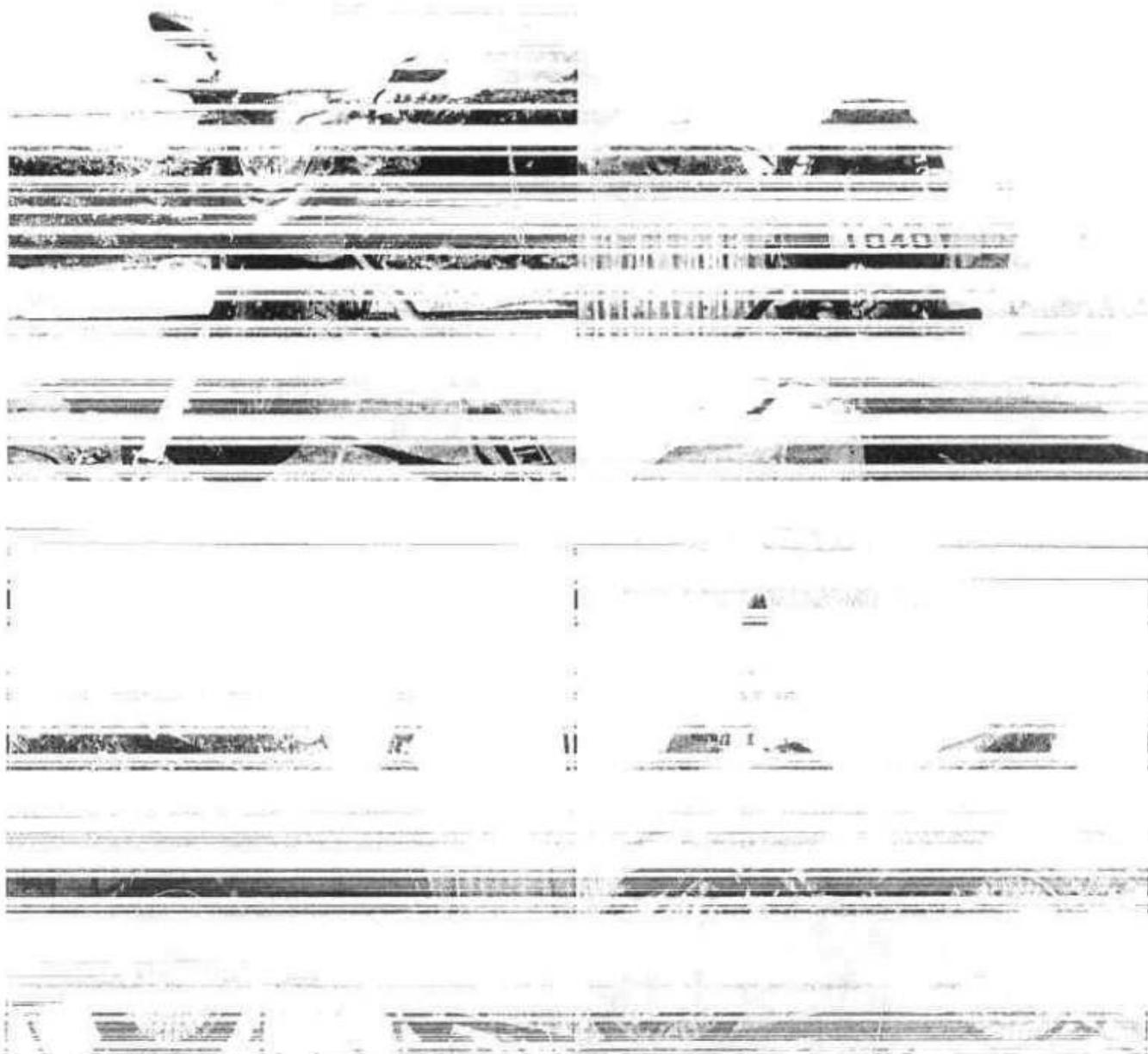
BPTran

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 08471/ 2019

FOTOS DO VÍC

VEÍCULO (V1)

TRAILER (V2)



Jonas Pinto de Souza / PM-PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:50:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110504462200000041749674>
Número do documento: 21060110504462200000041749674

Num. 43907608 - Pág. 12



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0847- 2019	Responsável pelo Levantamento do Acidente: JONAS PAULO DE SANTANA SANTOS				Posto/Graduação: CB /PM	
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Av. Gal Aurélio de Lira tavares	Hora 08:40	Bairro Juracy Palhano	Município: João Pessoa	UF: PB		
Data da Ocorrência 02/12/2019	Dia da Semana Segunda-feira	C/S Vítima (QT) Com / 01	Tipo de Acidente Col.Traseira	Tipo de pavimento Asfalto	Condições da Pista Seca	
Condições do Tempo Bom	Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos		Controle do trânsito Pista Dupla			

CONDUTOR 01

Nome Jonatas Oliveira Silva	Sexo Masculino	Nascimento 23/01/1997	RG 2615494 - RN
---------------------------------------	--------------------------	---------------------------------	---------------------------

Endereço

Rua: das Jaqueiras nº 15 – Pau Brasil - São José do Mipibú / RN– Tel.(084)99400-0760

1ª Habilitação 24/11/2015	Categoria AD	Registro CNH N. ^º 06512046696	U.F. RN	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 31/07/2023	Usava cinto Sim	Usava Capacete -
-------------------------------------	------------------------	--	-------------------	---------------------------	--------------------------------------	---------------------------	----------------------------

Exame de Embriaguez Alcoólica

Sim(0,00mg/l)

Destino do Condutor

Liberado no Local

VEÍCULO 01

Marca/Modelo VW / 24. 250 CLC	Espécie Caminhão	Placa OJR 7936	Categoria Aluguel	Município Macaíba	U.F. RN
---	----------------------------	--------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-------------------

Nome do Proprietário

IM AGRO INDUSTRIA DE FRUTAS E DERIVADOS - LTDA

Seguradora DPVAT	Bilhete N. ^º 014529065956	Renavan N. ^º 0048125458-7	Data da Emissão 04/06/2019
----------------------------	--	--	--------------------------------------

Condições do Veículo Antes do Acidente

Nada constatado

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: trafegava na via (A), sentido BR 101/Alto do Mateus, sendo interceptado por um outro caminhão que evadiu-se do local; Que ao ser interceptado naquele momento foi obrigado a frear, resultando assim na colisão traseira do seu veículo.

CONDUTOR 02

Nome Delmir Barbosa Maximiano	Sexo Masculino	Nascimento 02/01/1987	RG 2981221/PB
---	--------------------------	---------------------------------	-------------------------

Endereço

Rua : Desembargador Manoel Targi de Queiros n º 133 – Alto do Mateus - João Pessoa PB – Tel.(083)98811-8076

1ª Habilitação 09/03/2012	Categoria AB	Registro CNH N. ^º 05542464300	U.F. PB	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 25/01/2022	Usava cinto -	Usava Capacete -
-------------------------------------	------------------------	--	-------------------	---------------------------	--------------------------------------	-------------------------	----------------------------

Exame de Embriaguez Alcoólica

Não Realizado

Destino do Condutor

Socorrido ao Hospital de Trauma

VEÍCULO 02

Marca/Modelo HONDA / XRE 190	Espécie Motocicleta	Placa QSM 1040	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
--	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------

Nome do Proprietário

Delmir Barbosa Maximiano

Seguradora DPVAT	Bilhete N. ^º 014355363453	Renavan N. ^º 0117735380-3	Data da Emissão 04/01/2019
----------------------------	--	--	--------------------------------------

Condições do Veículo Antes do Acidente

Nada constatado

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Condutor declarou que: trafegava na alça que dá acesso a via Oeste, e que havia um caminhão lento em uma das faixas. O condutor passou para a faixa rápida, onde outro veículo saiu atrás da mesma faixa, impossibilitando a ultrapassagem, e ao tentar retornar para se manter na faixa do caminhão, o mesmo havia parado bruscamente para evitar a colisão no veículo da frente; Que em seguida ocorreu a colisão com V1 do lado esquerdo e a moto caiu. Observação: digitação realizada com base na versão entregue no dia 30/12/2019 pelo procurador
Advogado: Anderson Silvestre Alcântara da Silva – RG 3595587.



CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0847 /2019

VITIMA 01

Nome Delmir Barbosa Maximiano	Sexo Masculino	Nascimento 02/01/1987	Viajava no Veiculo Nº 02
---	--------------------------	---------------------------------	------------------------------------

Endereço

Rua : Desembargador Manoel Targi de Queiros n º 133 – Alto do Mateus - João Pessoa PB

Condicao da Vítima Condutor	Conduzida Para Hospital de Trauma	Usava Cinto	Usava Capacete
---------------------------------------	---	-------------	----------------

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: ocorreu o sinistro na via (A), sentido BR 230 / Alto do Mateus; Que não foi constado sulcagem na via; Que não foi possível arrolar testemunhas no local. O condutor do V1 foi submetido ao teste de alcoolemia pelo etilômetro nº série 114305 de teste nº 01595, tendo como resultado de 0,00 mh/l de ar alveolar; Que o condutor 01 foi liberado no local e o condutor 02 foi socorrido ao Hospital de Emergência e Traumas pelo SAMU. O V1 foi liberado no local e o V2 recolhido ao pátio do BPTran para complemento do BOAT.

João Pessoa – PB, 10 de dezembro de 2019.

DATA/HORA DE TRÂNSITO: JESKINER RODONIARO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 23/12/2019

ASSINATURA

JONAS PAULO DE SANTANA SANTOS – CB PM
Responsável pelo Levantamento



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0847/ 2019

AMARRAÇÕES

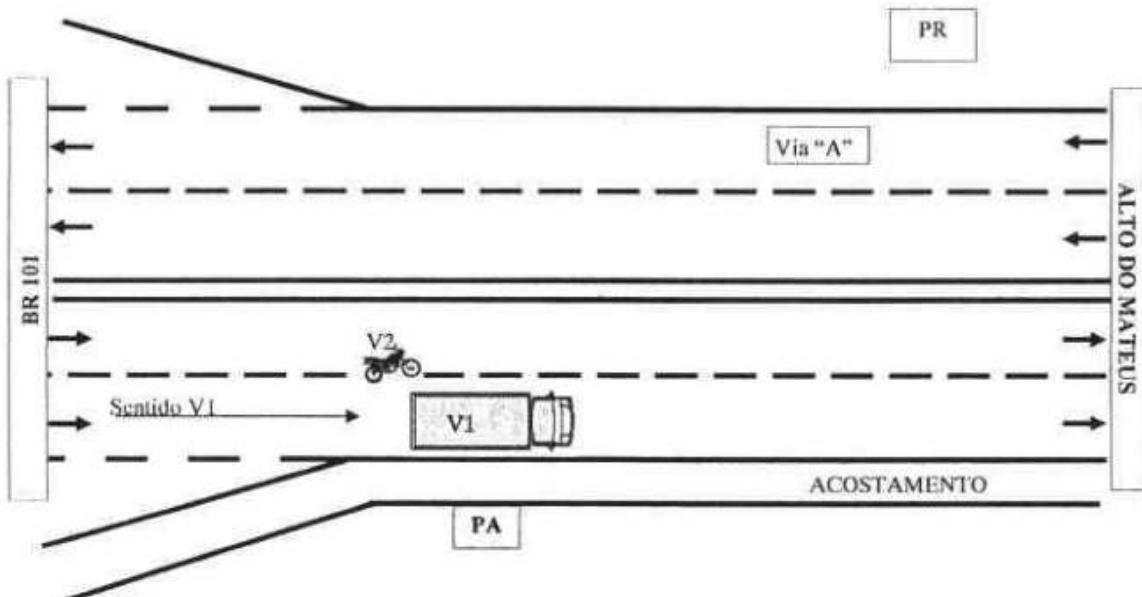
VIA "A" - Avenida Gen. Aurélio de Lyra Tavares 20,00metros

PR (Ponto de Referência) Posto Alto do Mateus

PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Diancero Direito 03.80 e Traseiro Direito 03.80 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Diancero Direito 08.10 e Traseiro Direito 07.40 metros para (PA)



DIBUJO/Illustração não escalada / ESCALA

AVARIAS



V1



V2

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
FM: 23/12/19

ASSINATURA

Jonas Paulo de S. Santos Cb PM
Responsável pelo Levantamento

EMBRANCO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:50:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110504462200000041749674>
Número do documento: 21060110504462200000041749674

Num. 43907608 - Pág. 16



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0847/2019

DANOS NO V1

Marca/Modelo: VW / 24. 250 CLC	Placa: OJR 7936 / RN	Responsável pelo Preenchimento: CB JONAS	Data: 02/12/2019
--	--------------------------------	--	----------------------------

CAMINHÃO, CAMINHÃO TRATOR, REBOQUE E SEMIREBOQUE

AVARIAS NO ACIDENTE

item	Descrição do componente	Valor	Sim	Não	NA
01	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteira(s) ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M	X		
02	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M	X		
03	Para choque traseiro danificado.	M	X		
04	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M	X		
05	Avaria em qualquer um dos eixos.	M	X		
06	Dano em qualquer componente do Sistema de Freios.	M	X		
07	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M	X		
08	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina.	M	X		
09	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas.	M	X		
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G	X		
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G	X		
12	Chassi com deformação lateral maior que a altura da longarina.	G	X		
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 com comprimento do chassi.	M	X		
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão.	M	X		
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior ou igual a 2/3 com comprimento do chassi.	G	X		
16	Air Bags (se existir)	M	X		

M: Item que individualmente implica em Dano de Média Monta.

G: Item que individualmente implica em Dano de Grande Monta.

Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade

Dano de Pequena Monta:	quando não houver nenhum item assinalado nas colunas "SIM" ou "NA"
Dano de Média Monta:	quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria M
Dano de Grande Monta:	quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria G

Observações:DANO DE PEQUENA MONTA

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi danificado ou não no acidente, assinalar com um X a coluna NA

SIM = Item danificado no acidente; NÃO = Item não danificado no acidente; NA = Impossibilidade de avaliar o dano (Não avaliado)

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original

EM: 23/12/19

ASSINATURA

CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0847/2019

DANOS NO V2

Marca/Modelo: HONDA / XRE 190	Placa: QSM 1040	Responsável pelo Preenchimento: CB JONAS	Data: 02/12/2019
---	---------------------------	--	----------------------------

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro	X			05	Chassi		X	
02	Mesa superior da suspensão dianteira	X			06	Garfo traseiro		X	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira	X			07	Eixo traseiro (triciclos)		X	
04	Coluna de direção	X				Total Geral (Sim + NA)	00		

Observações:DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 → DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 → DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 → DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa – PB, 10 de dezembro de 2019.

JONAS PAULO DE SANTANA SANTOS – CB PM
Responsável pelo Levantamento

SATLHAC DE TRANSITO GRANDE SORRINHA
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 23/12/19

ASSINA



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



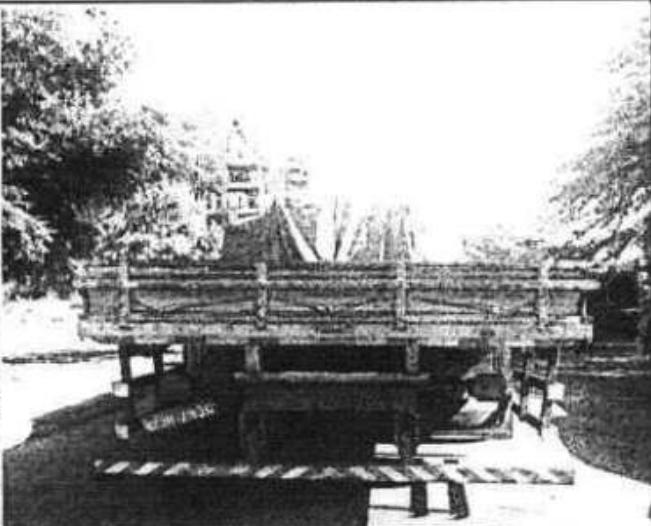
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0847/ 2019

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 23/12/19

Jonas Paulo de S. Santos Cb PM
Responsável pelo Levantamento



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:50:44

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106011050446220000041749674>

Número do documento: 2106011050446220000041749674

Num. 43907608 - Pág. 19



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIAO METROPOLITANA (CPRJ / CPRJIN)
BATALHÃO DE POLICIA DE TRANSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

BPTran

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 08471/ 2019

FOTOS DO VÍC

VEÍCULO (V)

TRÂNSITO (T)



Jonas Pauleto de Souza Neto - 1º Sargento



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:50:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110504462200000041749674>
Número do documento: 21060110504462200000041749674

Num. 43907608 - Pág. 20



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima	4 - Nome completo da vítima	
	064 963 594-90	Delmir Barbosa Maximiano	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	6 - Endereço:	7 - Profissão:	8 - Número:	9 - Complemento:
Delmir Barbosa Maximiano	Rua Desembargador Manoel Taigy	meio	103	
11 - Bairro:	Centro	12 - Cidade:	Guarapari	13 - Estado:
Alto do Matheus	ES	Jataí Perseca	Milho Fazenda	PE
15 - E-mail:		16 - Tel (DDD):	58090-232	17 - Celular:
			(83) 98872-9070	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/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:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (informe para os bancos abaixo). Avançar uma opção:	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (informe banco)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Bradesco
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: 0108
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____	CONTA: 0058 928
(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)
(informar o dígito se existir)	(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, soucio o princípio da assiste da meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desse já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 8.544/74, art. 35, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome: _____		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar:	30 - Vítima deixou herdeiros? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos Falecidos	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT, por morte aequales beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não veridicaria poderá gerar a integração de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal prevista no artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido	35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido	38 - 2º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha
39 - 2º Nome: _____ CPF: _____	40 - Local e Data: _____	Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura digitalizada: _____



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:50:44

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110504462200000041749674

Número do documento: 21060110504462200000041749674

Num. 43907608 - Pág. 21



Autoatendimento
Deposito em Conta-Corrente em Dinheiro

Banco: 237 Agencia: 2340 Maquina: 038634
Data: 22/01/2020 Hora: 13:44 N.Trans: 002468

Favorecido
Banco: 237
Agencia: 2108 / CRUZ DAS ARMAS-UJP
Conta: 0058928-4

Valor do deposito: 5,00

Titular: DELMIR BARBOSA MAXIMIANO

Alo Bradesco
SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h as 18h, exceto feriados.

Horario de Brasilia.

Obrigado
Tenha uma boa tarde



CLIENTE: Sr.(a) Dehui Bansker & Dcxi

CLINTE: Sr.(a)

maus.

Até l. l
Pacienta vinda da acida-
te no Kuri X Sotero Park,
pel estor Dr. Jozue Gómez.
no dia 1/3 Nefrologia consultado.
e 1/3 que veio de São Paulo
para vir de dia 02/12/2019
já era feito o exame e
o depoimento da paciente
que havia tido medo de
terceiro (3ra) a blase e
havia feito a Uc

Dr. José Valente Amorim de Almeida (Belo Rio) 1450 Torre
Tel: (83) 2106-0716 - Fax: (83) 3241-4359
CEP: 58040-300 - João Pessoa - PB

ANS N° 32104-1

Obs.: Voluntário à consulta
quinta feira entre 16h00 e 17h00
CDD: 500

ANS N° 32104-1

Obs.: Até 06/06/2019

Dehui Bansker & Dcxi

maus.

CLINTE: Sr.(a)

Sexta-feira dia 04 e se enco-
ntra com ele a PCT em seu hor-
ário de trabalho, nenhuma reac-
ção de desgra-
dade ou des-
gosto. Di-
agnóstico: hipertensão
estresse, risco de
cardiovasculares
e depoimento
de que havia
medo de terceiro
a blase e
havia feito a Uc

dia 02/12/2019

ANS N° 32104-1

ANS N° 32104-1

Obs.: Voluntário à consulta
quinta feira entre 16h00 e 17h00
CDD: 500

Obs.: Até 06/06/2019

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Clímaco, 220 - Jaguariúna João Pessoa - PB
CEP: 58.016-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA
INFORME ESTE NÚMERO:

MATRÍCULA

1371681

REFERÊNCIA

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

DEZ/2019

DELMIRO BARBOSA MAXIMIANO
RUA DESMANOEL TAIGY QUEIROZ MELLO FILHO, 133
ALTO DO MATEUS JOAO PESSOA PB 58090- 232

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável			
		Residencial	Comercial	Industrial	Público				
001.011.410.0055.000	000	1	0	0	0				
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto				
V16N0P9045X	01/10/2016	EXT. MUE LIGADO	LIGADO		LIGADO				
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m³) NUM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA									
291	298	7	39		11/03/2020				
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.									
NOV/2019	10	PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES				
OUT/2019	8	TURBIDEZ	268	288	279				
SET/2019	8	CLORO	268	288	288				
AGO/2019	9	COL. TÉRMOT.	0	0	0				
JUL/2019	9	COR	73	145	139				
JUN/2019	8	COL. TOTAIS	268	288	274				
MEDIA(M)	8	DADOS REFERENTES AT OUT/2019							
DATA DA IMPRESSÃO: 12/12/2019			HORA DA IMPRESSÃO: 09:04:29						
DESCRIÇÃO		CONSUMO		TOTAL(R\$)					
ÁGUA									
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)									
CONSUMO DE ÁGUA		7 m³		37,91					
ESGOTO									
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)									
CONSUMO DE ESGOTO		7 m³		30,33					
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS LEI 12.741/12									
VENCIMENTO:	04/01/2020	Total a Pagar:	R\$ 68,24						



Recibo do Sacado 9055408101000138216160101

Santander |033-7| 03399.05549 08101.000134 82161.601016 7 81500000011532

Beneficiário DENTAL CENTER LTDA - 35436658000125 AV. WASHINGTON SOARES, 909 - EDSON QUEIROZ		Agência / Código Beneficiário 3962-4 / 0554081	Espécie R\$	Quantidade	Nosso número 010001382161 6
Número do documento 010001382161 6		CPF/CNPJ 35436658000125	Vencimento 30/01/2020	Valor documento	R\$ 115,32
(-) Desconto / Abatimentos		(-) Outras deduções	(-) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(+) Valor cobrado
Pagador THAIS EMMANUELLE MENEZES OLIVEIRA					

Instruções

Intermediado por:

ODONTOCOB SERVICOS DE COBRANCA E INFORMACOES CADASTRAIS - 31.368.828/0001-20

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada

Santander |033-7| 03399.05549 08101.000134 82161.601016 7 81500000011532

Local de pagamento Até o vencimento, preferencialmente no Santander.		Vencimento 30/01/2020			
Beneficiário DENTAL CENTER LTDA - 35436658000125 AV. WASHINGTON SOARES, 909 - EDSON QUEIROZ		Agência Código Beneficiário 3962-4 / 0554081			
Data do documento	Nº documento	Especie doc.	Aceite	Data processamento	Nosso número
10/01/2020	010001382161 6	DM	N	10/01/2020	010001382161 6
Carteira 101				Valor Documento	(+) Valor documento R\$ 115,32
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente)				(-) Desconto	
Intermediado por: ODONTOCOB SERVICOS DE COBRANCA E INFORMACOES CADASTRAIS - 31.368.828/0001-20				(-) Outras deduções / Abatimentos	
Ref.: Mensalidade 01/2020 Após o vencimento cobrar: Juros de 1% ao mês. Multa de 2%.				(+) Mora / Multa : Juros	
				(+) Outros	
				(-) Valor Pago	

Pagador

THAIS EMMANUELLE MENEZES OLIVEIRA.
RUA LUZIA PEDROSA 1500 - CRISTO REDENTOR - CEP 58071530 - JOAO PESSOA - PARAIBA
05633145402

Cód. baixa

Sacador Avalista

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

Corte na linha pontilhada





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Clímaco, 220 - Jaguariúna João Pessoa - PB
CEP: 58.016-670 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO:

MATRÍCULA

1371681

REFERÊNCIA

DEZ/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

DELMIRO BARBOSA MAXIMIANO
RUA DESMANOEL TAIGY QUEIROZ MELLO FILHO, 133
ALTO DO MATEUS JOÃO PESSOA PB 58090-232

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.011.410.0055.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
V16N0P9045X	01/10/2016	EXT. MUE LIGADO	LIGADO			
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m ³) NUM DE DIAS PRÓXIMA LEITURA						
291	298	7	39		11/03/2020	
HIST. CONS./ANOR. LEIT.	QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS.					
NOV/2019	10	PARÂMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
OUT/2019	8	TURBIDEZ	268	288	279	
SET/2019	8	CLORO	268	288	288	
AGO/2019	9	COL. TÉRMOT	0	0	0	
JUL/2019	9	COR	73	145	139	
JUN/2019	8	COL. TOTAIS	268	288	274	
MÉDIA(M)	8	DADOS REFERENTES AT OUT/2019				
DATA DA IMPRESSÃO: 12/12/2019	HORA DA IMPRESSÃO: 09:04:29					
DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)				
ÁGUA						
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)						
CONSUMO DE ÁGUA	7 m ³	37,91				
ESGOTO						
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)						
CONSUMO DE ESGOTO	7 m ³	30,33				
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,31 PIS E CONFINS LEI 12.741/12						
VENCIMENTO:	Total a Pagar:	R\$ 68,24				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:50:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110504462200000041749674>
 Número do documento: 21060110504462200000041749674

Num. 43907608 - Pág. 27

Recibo do Sacado 9055408101000138216160101

Santander |033-7| 03399.05549 08101.000134 82161.601016 7 81500000011532

Beneficiário DENTAL CENTER LTDA - 35436658000125 AV. WASHINGTON SOARES, 909 - EDSON QUEIROZ		Agência / Código Beneficiário 3962-4 / 0554081	Espécie R\$	Quantidade	Nosso número 010001382161 6
Número do documento 010001382161 6		CPF/CNPJ 35436658000125	Vencimento 30/01/2020	Valor documento	R\$ 115,32
(-) Desconto / Abatimentos		(-) Outras deduções	(-) Mora / Multa	(+) Outros acréscimos	(+) Valor cobrado
Pagador THAIS EMMANUELLE MENEZES OLIVEIRA					

Instruções

Intermediado por:

ODONTOCOB SERVICOS DE COBRANCA E INFORMACOES CADASTRAIS - 31.368.828/0001-20

Autenticação mecânica

Corte na linha pontilhada

Santander |033-7| 03399.05549 08101.000134 82161.601016 7 81500000011532

Local de pagamento Até o vencimento, preferencialmente no Santander.		Vencimento 30/01/2020			
Beneficiário DENTAL CENTER LTDA - 35436658000125 AV. WASHINGTON SOARES, 909 - EDSON QUEIROZ		Agência Código Beneficiário 3962-4 / 0554081			
Data do documento	Nº documento	Especie doc.	Aceite	Data processamento	Nosso número
10/01/2020	010001382161 6	DM	N	10/01/2020	010001382161 6
Carteira 101				Valor Documento	(+) Valor documento R\$ 115,32
Instruções (Texto de responsabilidade do cedente)				(-) Desconto	
Intermediado por: ODONTOCOB SERVICOS DE COBRANCA E INFORMACOES CADASTRAIS - 31.368.828/0001-20				(-) Outras deduções / Abatimentos	
Ref.: Mensalidade 01/2020 Após o vencimento cobrar: Juros de 1% ao mês. Multa de 2%.				(+) Mora / Multa : Juros	
				(+) Outros	
				(-) Valor Pago	

Pagador

THAIS EMMANUELLE MENEZES OLIVEIRA.
RUA LUZIA PEDROSA 1500 - CRISTO REDENTOR - CEP 58071530 - JOAO PESSOA - PARAIBA
05633145402

Cód. baixa

Sacador Avalista

Autenticação mecânica - Ficha de Compensação

Corte na linha pontilhada





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 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 reasseguro.

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 Thais Emmanuelle Menges Carlos inserido (a) no CPF/CNPJ 056.331.454-02, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Delmira Barbosa Marimano inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.963.594-90, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizado da Vítima Delmira Barbosa Marimano, inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.963.594-90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 Luzia Pedrosa</u>	Número	<u>1500</u>	Complemento			
Bairro	<u>Cristo Redentor</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58071-530</u>
Email	<u>Thailitica096@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)		(83)98872-9070	

João Pessoa, 24 de Janeiro de 2020
Local e Data

Thais Emmanuelle Menges Carlos
Assinatura do Declarante





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 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 reasseguro.

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 Thais Emmanuelle Menges Carlos inserido (a) no CPF/CNPJ 056.331.454-02, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Delmira Barbosa Marimano inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.963.594-90, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizado da Vítima Delmira Barbosa Marimano, inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.963.594-90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 Luzia Pedrosa</u>	Número	<u>1500</u>	Complemento			
Bairro	<u>Cristo Redentor</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP	<u>58071-530</u>
Email	<u>Thailitica096@gmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)		(83)98872-9070	

João Pessoa, 24 de Janeiro de 2020
Local e Data

Thais Emmanuelle Menges Carlos
Assinatura do Declarante



**CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - HOSPITAL UNIMED JOÃO PESSOA
RADIOLOGIA GERAL - ULTRA-SONOGRAFIA - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

Paciente..... Delmir Barbosa Maximiano
Cód. Atendimento... 2092729
Mãe.....
Convênio..... INTERCAMBIO II - NAC
Médico Solicitante.... Severino Ramos Nascimento

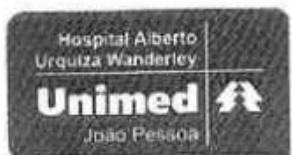
Data Nasct... 02/01/1987
Data: 02/12/2019 18:22:45
N. Acesso... 777916

EXAME: RX Perna Direita

- Aumento de densidades de partes moles
- Importante fratura do terço proximal da tibia.

Dr Antonio Gualberto Chianca
CRM. 1182

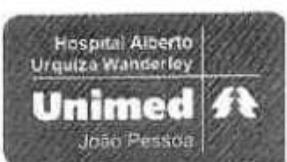




HAUW - UNIMED JP
DELMIR BARBOSA MAXIMIANO,
416114 02/12/2019 18:06 MTEC:
CONT: 777916

DIR





HAUW - UNIMED JP
DELMIR BARBOSA MAXIMIANO,
416114 02/12/2019 18:06 MTEC:
CONT: 777916

DIR



Rua Mário de Andrade, 66 - Centro
Cidade: João Pessoa - CEP 58040-200
UF: Paraíba - PB
CEP: 58010-020

**CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - HOSPITAL UNIMED JOÃO PESSOA
RADIOLOGIA GERAL - ULTRA-SONOGRAFIA - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

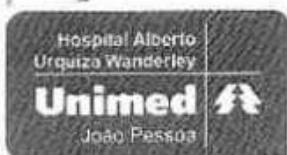
Paciente..... Delmir Barbosa Maximiano
Cód. Atendimento.... 2093034 Data Nasct... 02/01/1987
Mãe..... Data: 12/12/2019 17:51:35
Convênio..... : INTERCAMBIO II - NAC N. Acesso... 779679
Médico Solicitante.... Jose Gutemberg Cruz De Lima

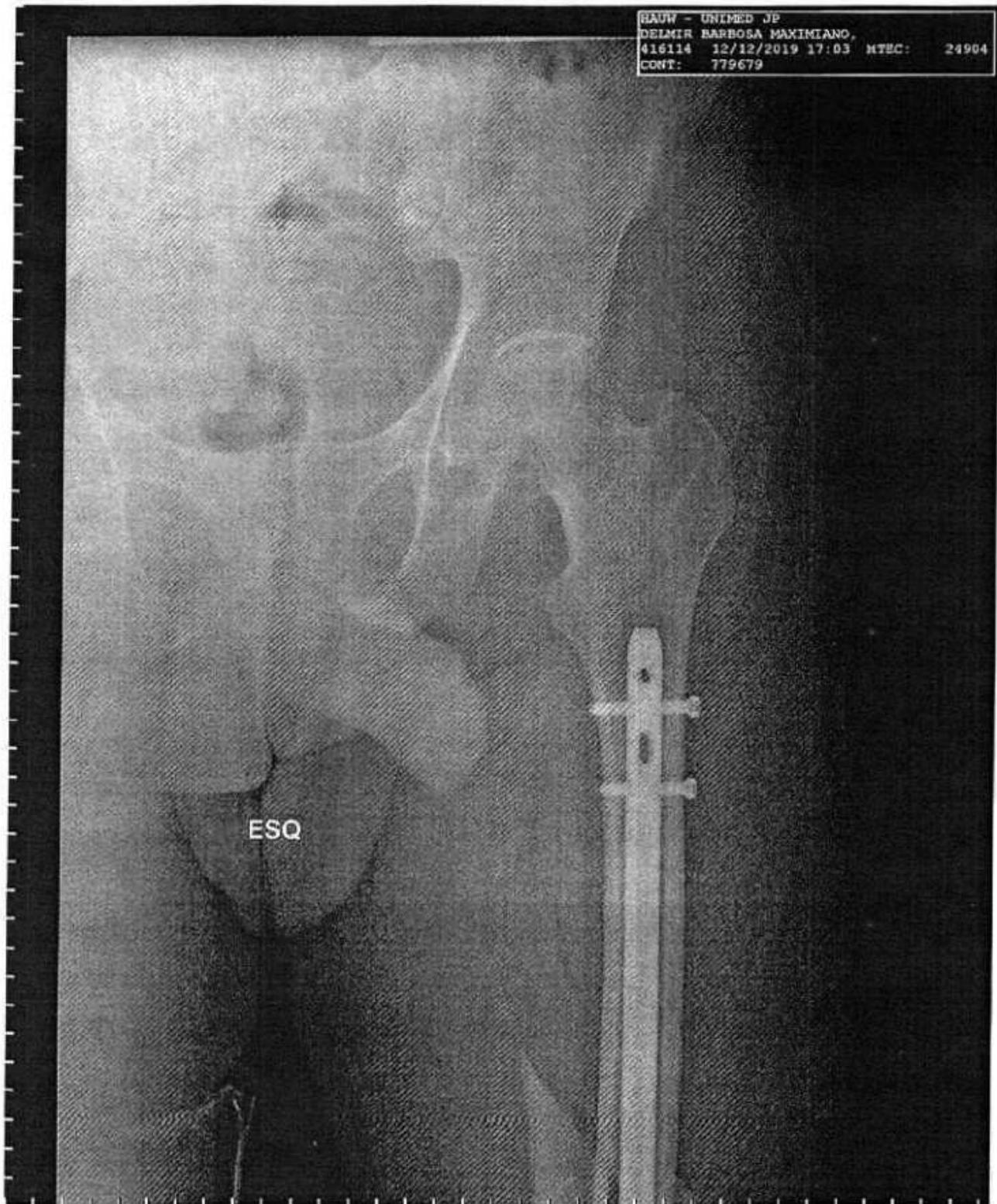
EXAME: RX JOELHO ESQUERDO

- Controle pós-operatório de fratura cominutiva do fêmur distal esquerdo.

Ocelio Antonio Queiroga Cartaxo
Dr Ocelio Antonio Queiroga Cartaxo
CRM: 469







HAUW - UNIMED JP
DELMIR BARBOSA MAXIMIANO,
416114 12/12/2019 17:03 MTEC: 24904
CONT: 779679



Rua 25 de Setembro, 2000 Centro da Cidade
CEP 58010-000
Tf: (83) 3229-3000
Fax: (83) 3229-3001

**CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - HOSPITAL UNIMED JOÃO PESSOA
RADIOLOGIA GERAL - ULTRA-SONOGRAFIA - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

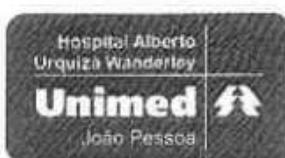
Paciente..... Delmir Barbosa Maximiano
Cód. Atendimento.... 2093034 Data Nasct... 02/01/1987
Mãe..... Data: 15/12/2019 16:17:38
Convênio..... INTERCAMBIO II - NAC N. Acesso... 780193
Médico Solicitante... Jose Gutemberg Cruz De Lima

EXAME: RX joelho direito

- 1- Estrutura óssea normal.
- 2- Controle de redução cirúrgica de fratura complexa na tibia proximal

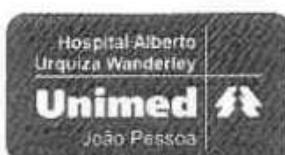
[Handwritten signature]
Dr Ocelio Antonio Queiroga Cartaxo
CRM: 469





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:50:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110504462200000041749674>
Número do documento: 21060110504462200000041749674

Num. 43907608 - Pág. 38



DIR

HADM - UNIMED JP
DELMIRO BARBOSA MAXIMIANO,
416114 15/12/2019 15:05 MTEC: 25229
CONT: 780193



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:50:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106011050446220000041749674>
Número do documento: 2106011050446220000041749674

Num. 43907608 - Pág. 39

**CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - HOSPITAL UNIMED JOÃO PESSOA
RADIOLOGIA GERAL - ULTRA-SONOGRAFIA - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

Paciente..... Delmir Barbosa Maximiano
Cód. Atendimento..... 2092729
Mãe.....
Convênio..... INTERCAMBIO II - NAC
Médico Solicitante..... Marcio Gomes Ferreira

Data Nasct.. 02/01/1987
Data: 02/12/2019 16:08:33
N. Acesso.... 777868

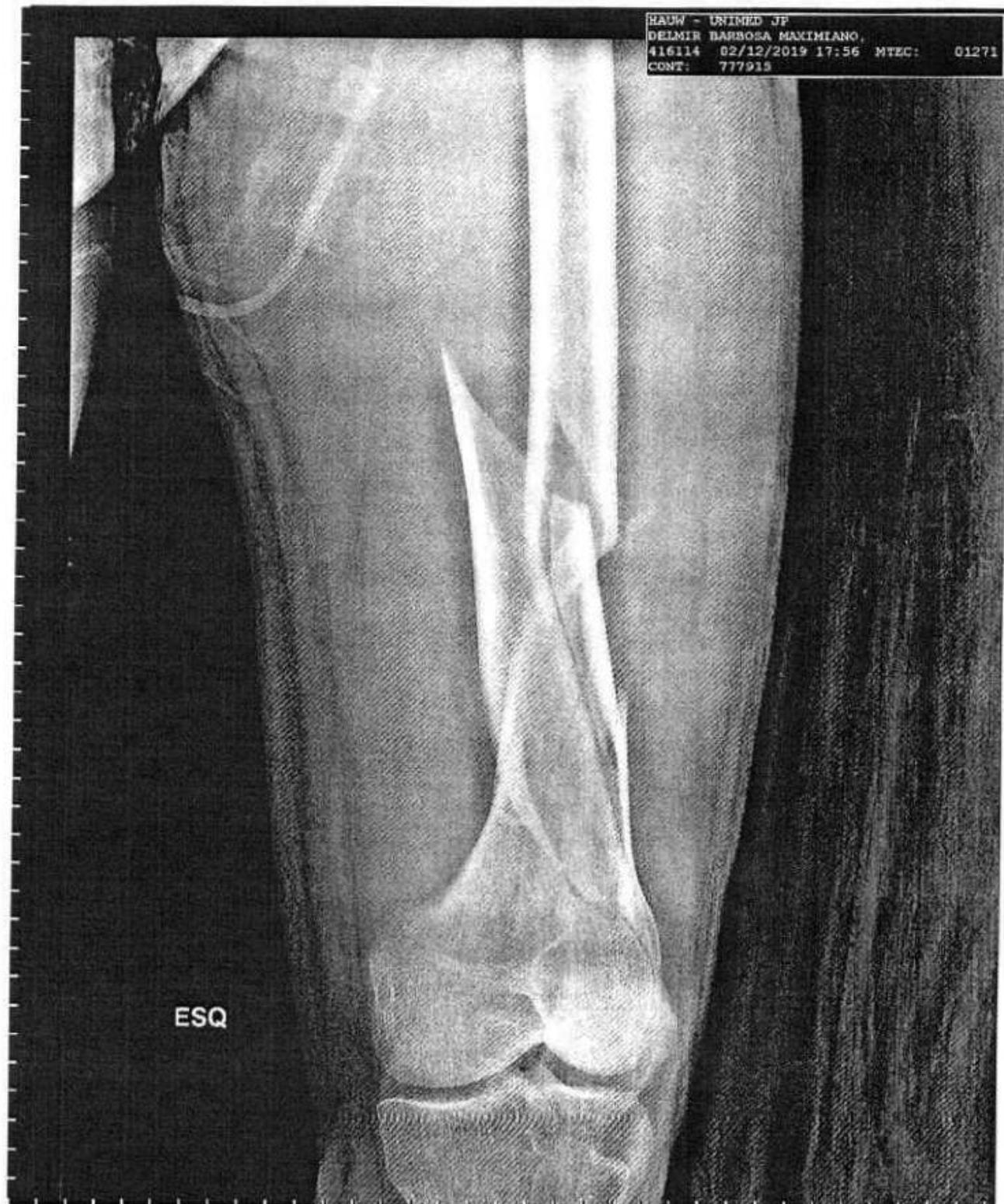
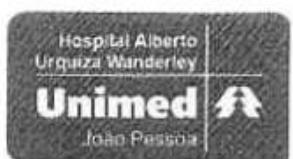
EXAME: RX FÉMUR ESQUERDO

- Fratura do terço inferior do fêmur esquerdo.

(Handwritten signature)
NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo Médico Radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda (A.G.V.C.).

Dr Antonio Guzilberto Chianca
CRM 1182



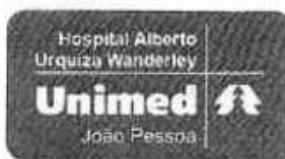


HADW - UNIMED JP
DELMIR BARBOSA MAXIMIANO,
416114 02/12/2019 17:56 MTEC: 01271
CONT: 777915

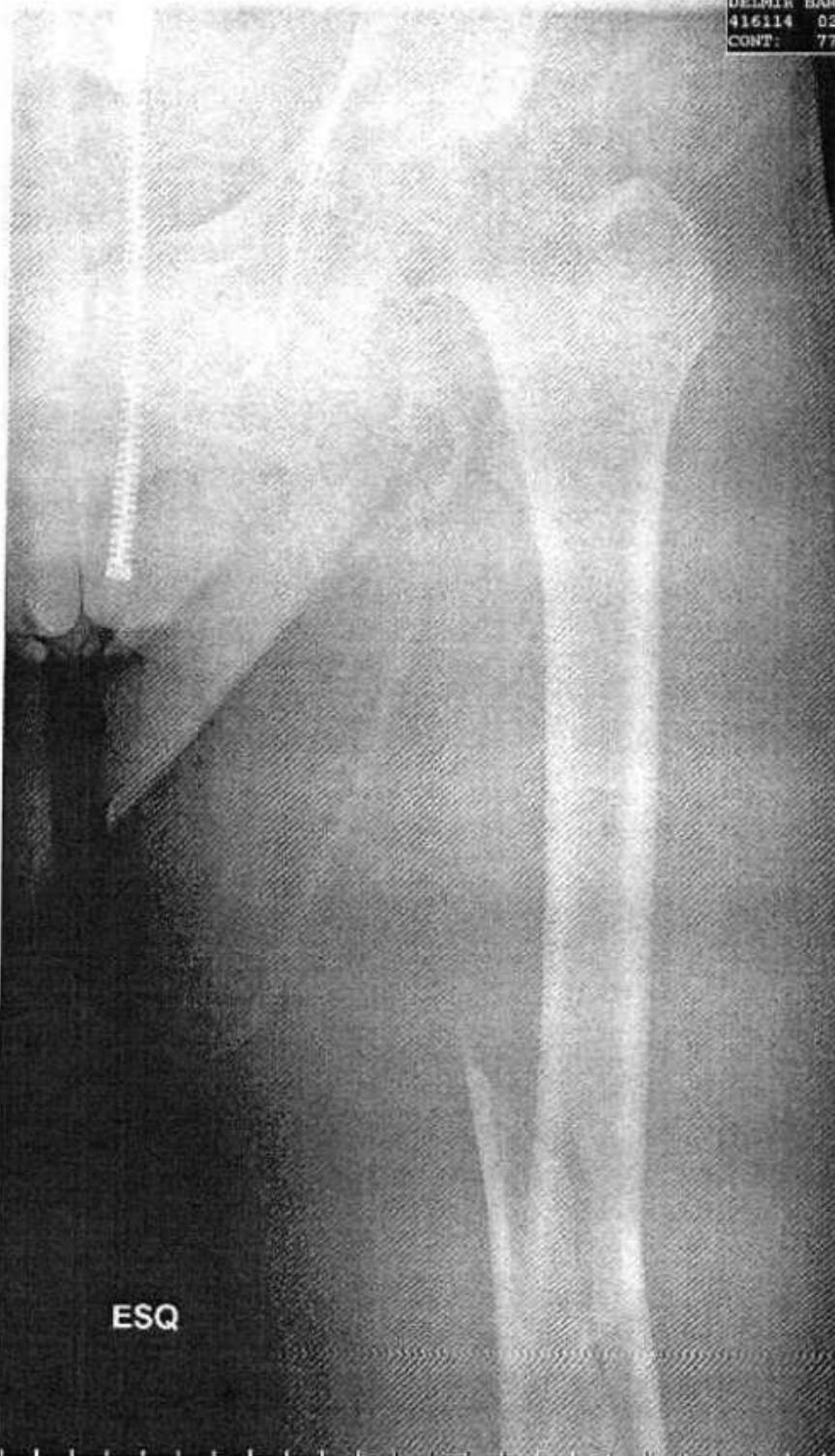


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:50:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106011050446220000041749674>
Número do documento: 2106011050446220000041749674

Num. 43907608 - Pág. 41



HAUW - UNIMED JP
DELMIR BARBOSA MAXIMIANO,
416114 02/12/2019 17:56 MTEC: 01271
CONT: 777915



ESQ

A faint, grayscale image of a person's head and shoulders is visible in the background, appearing to be a man with short hair. The letters "ESQ" are printed in a bold, sans-serif font at the bottom left of this image.



HADW - UNIMED JF
DELMIR BARBOSA MAXIMIANO,
416114 02/12/2019 17:56 MTEC: 01271
CONT: 777915



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:50:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110504462200000041749674>
Número do documento: 21060110504462200000041749674

Num. 43907608 - Pág. 43

**CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - HOSPITAL UNIMED JOÃO PESSOA
RADIOLOGIA GERAL - ULTRA-SONOGRAFIA - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

Paciente.....: Delmir Barbosa Maximiano

Cód. Atendimento....: 2093034

Mãe.....

Convênio.....: INTERCAMBIO II - NAC

Médico Solicitante....: Jose Gutemberg Cruz De Lima

Data Nasct...: 02/01/1987

Data: 15/12/2019 16:19:49

N. Acesso...: 780192

EXAME: RX Perna Direita

1- Estrutura óssea normal.

2- CONTROLE de redução cirúrgica de fratura da tibia proximal direita mostrou procedimento Adequado
Aumento de partes moles.Dr. Ocelio Antonio Queiroga Cartaxo
CRM: 469Membro da Aliança
Cooperativa Intercional

Emissor de Consultas e Consultas de Documentos

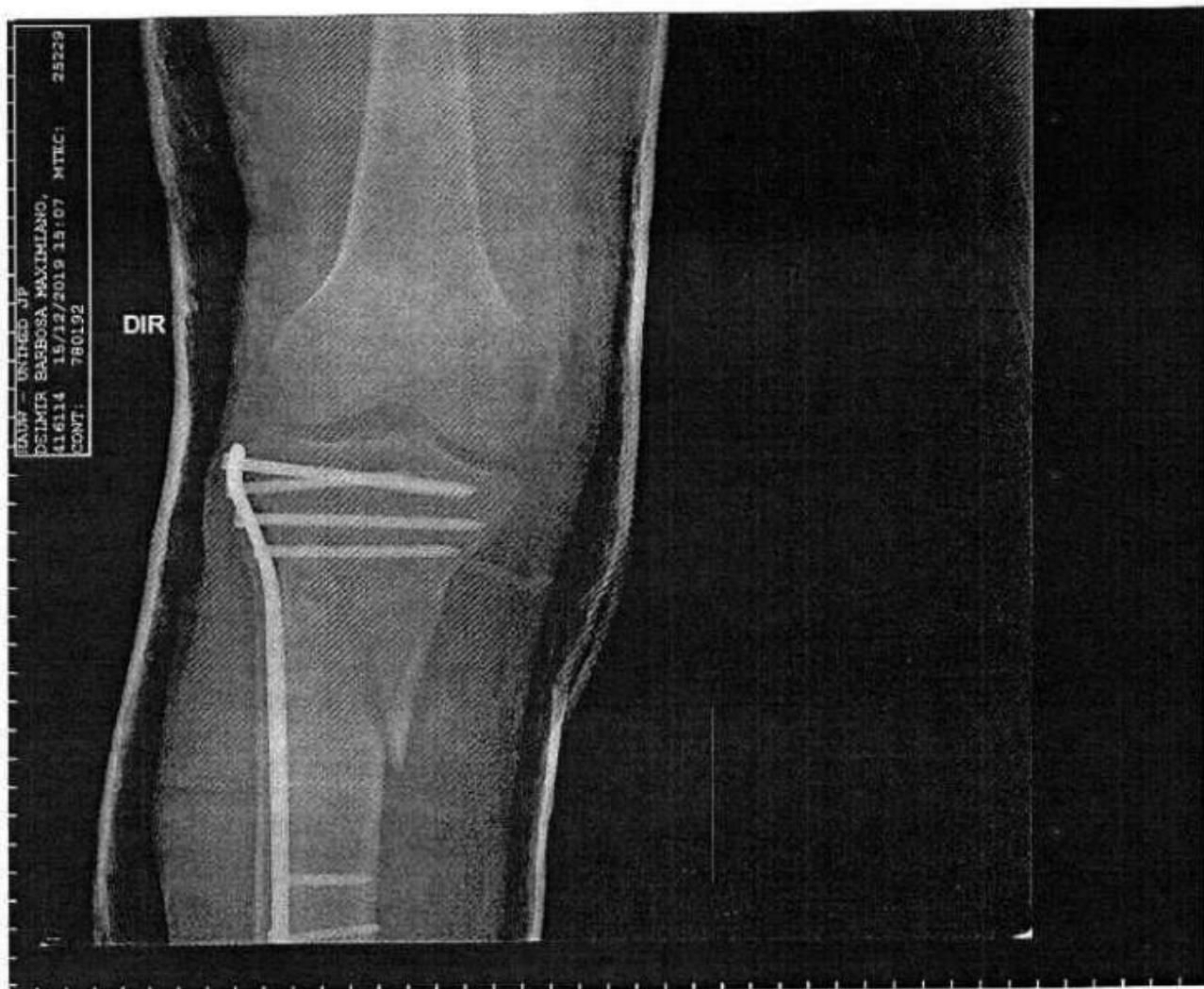
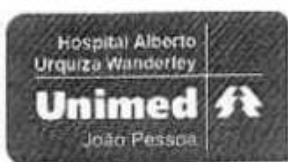
ANS - nº 32104-4

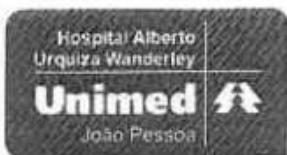
COD: JDE649



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:50:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110504462200000041749674>
Número do documento: 21060110504462200000041749674

Num. 43907608 - Pág. 44





SAÚDE - UNIMED - JP
DR. MIR RAPPORSA MAXIMENTE,
416114 15/12/2019 15:07
CONT: 760192

1

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:50:44

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110504462200000041749674>

Número do documento: 21060110504462200000041749674

Num. 43907608 - Pág. 46

Avenida Presidente Kennedy, 1450 - Centro - CEP 58040-300
Cidade: João Pessoa - PB
(83) 2106-0011

**CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - HOSPITAL UNIMED JOÃO PESSOA
RADIOLOGIA GERAL - ULTRA-SONOGRAFIA - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA**

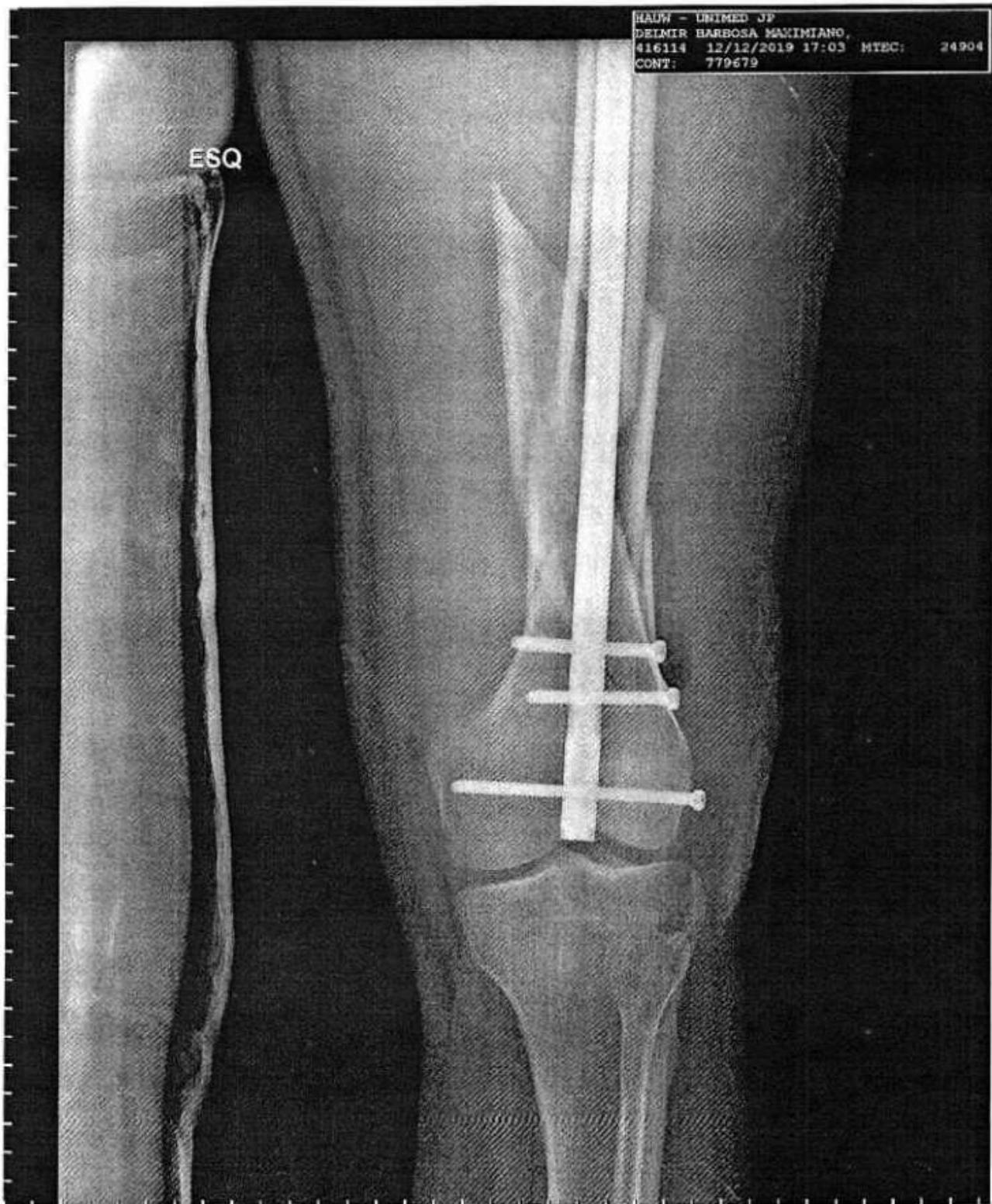
Paciente.....	Delmir Barbosa Maximiano	Data Nasct...:02/01/1987
Cód. Atendimento	2093034	Data: 12/12/2019 17:51:35
Mãe.....		N. Acesso...: 779679
Convênio.....	INTERCAMBIO II - NAC	
Médico Solicitante....	Jose Gutemberg Cruz De Lima	

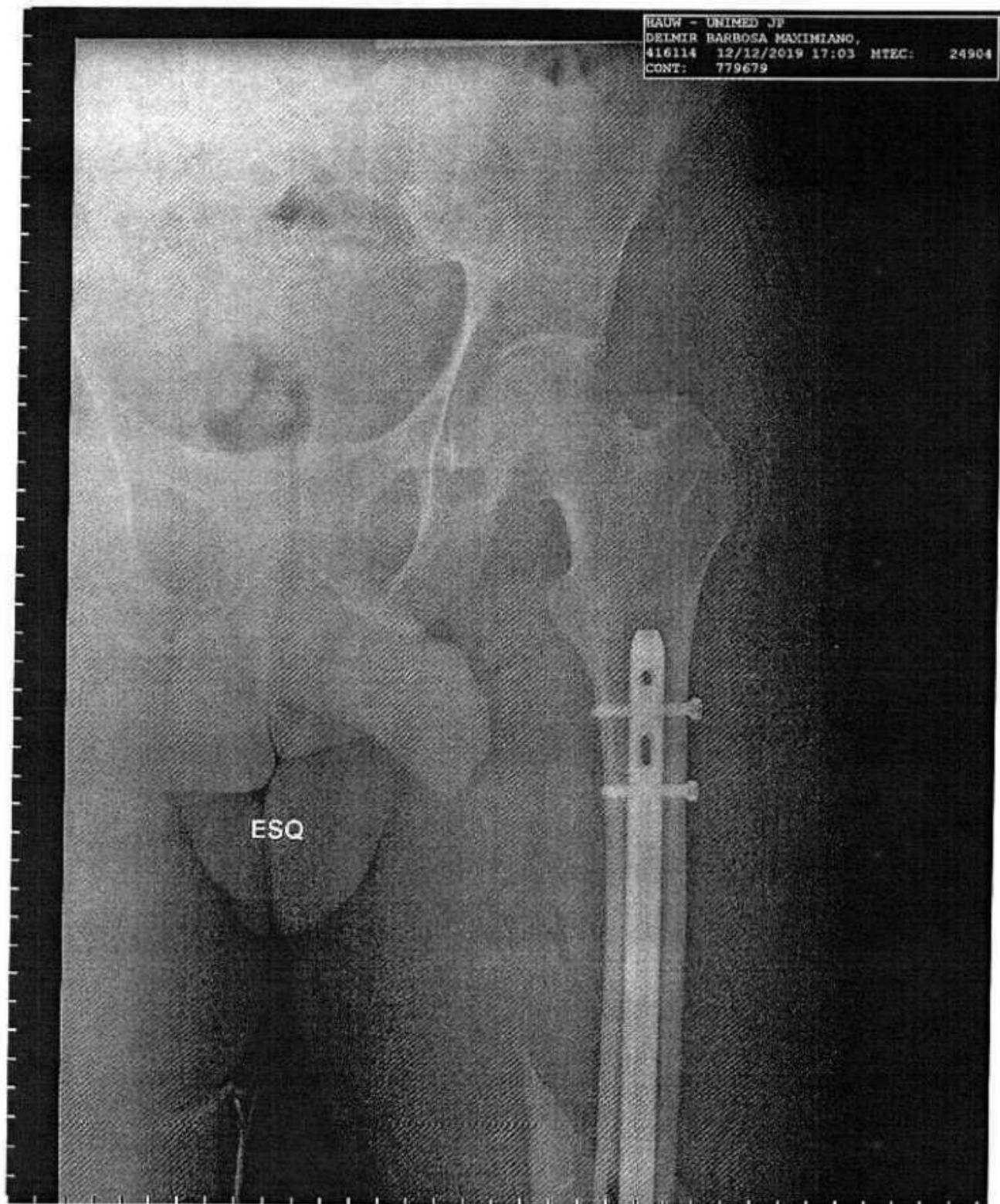
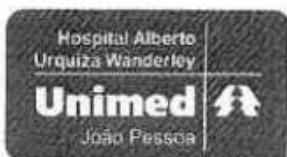
EXAME: RX JOELHO ESQUERDO

- Controle pós-operatório de fratura cominutiva do fêmur distal esquerdo.

Dr Ocelio Antonio Queiroga Cartaxo
CRM: 469





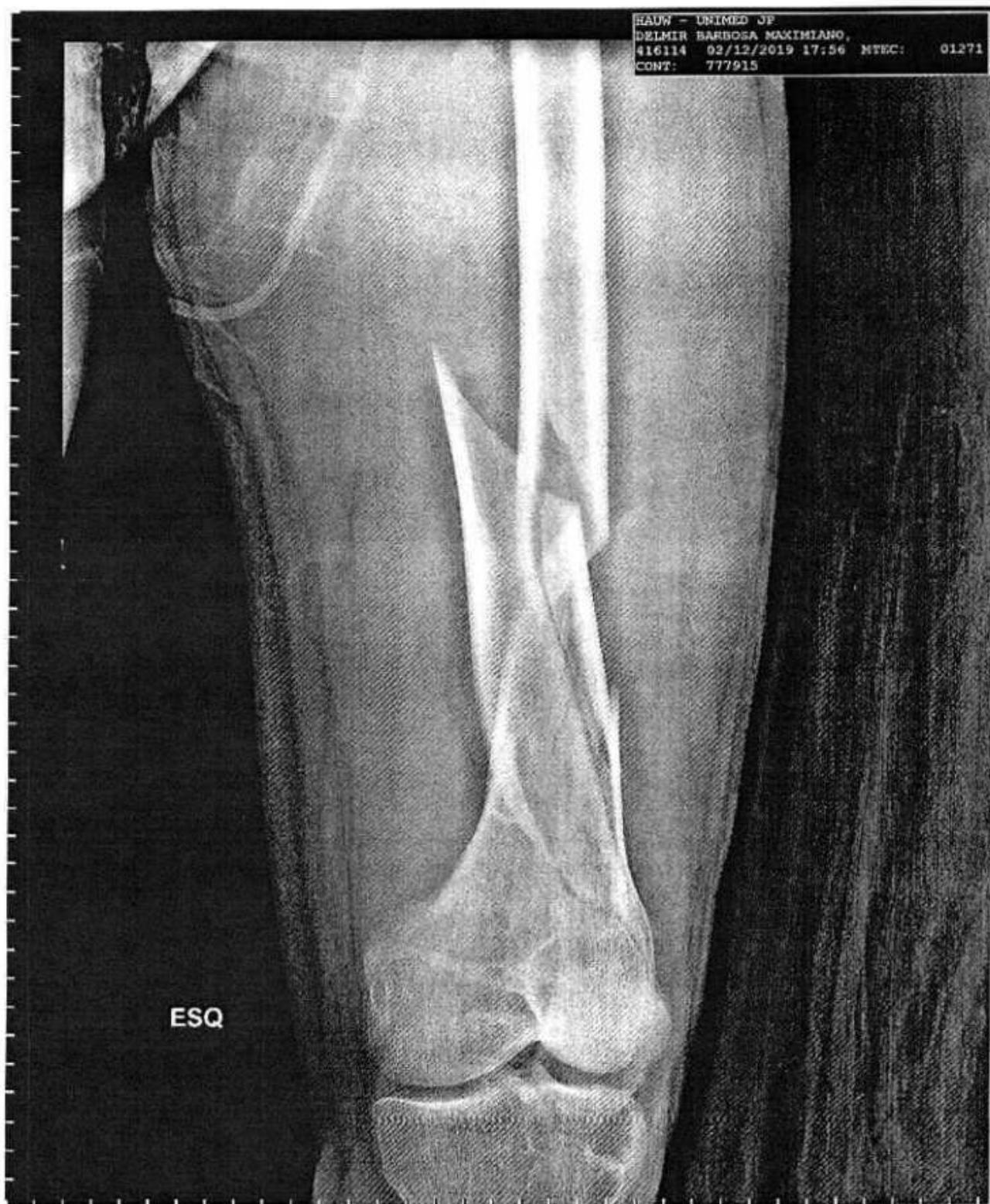
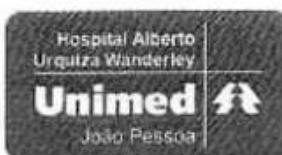


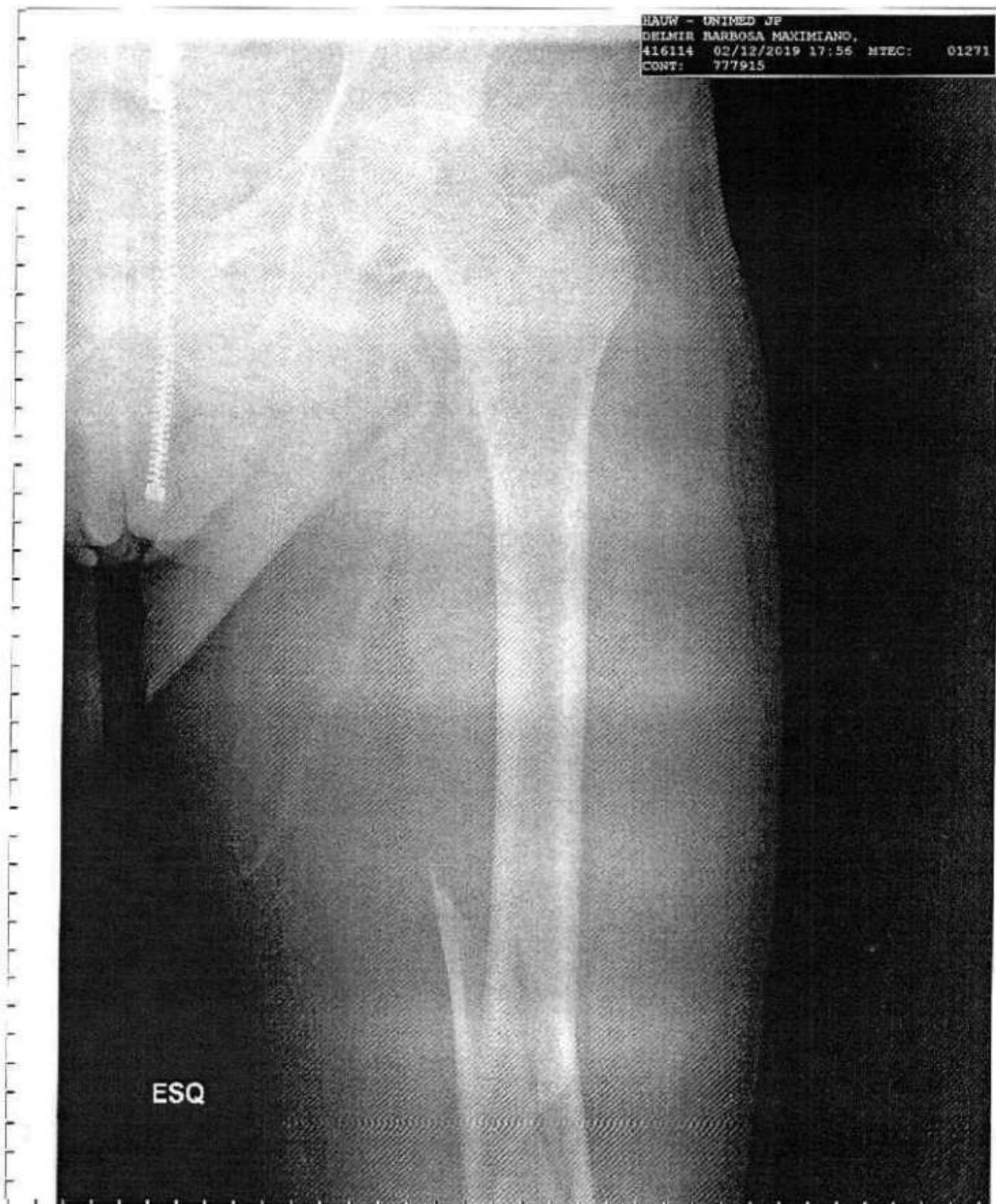
RAUW - UNIMED JP
DELMIR BARBOSA MAXIMIANO
416114 32/12/2019 17:03 MTEC: 24904
CONT: 779679

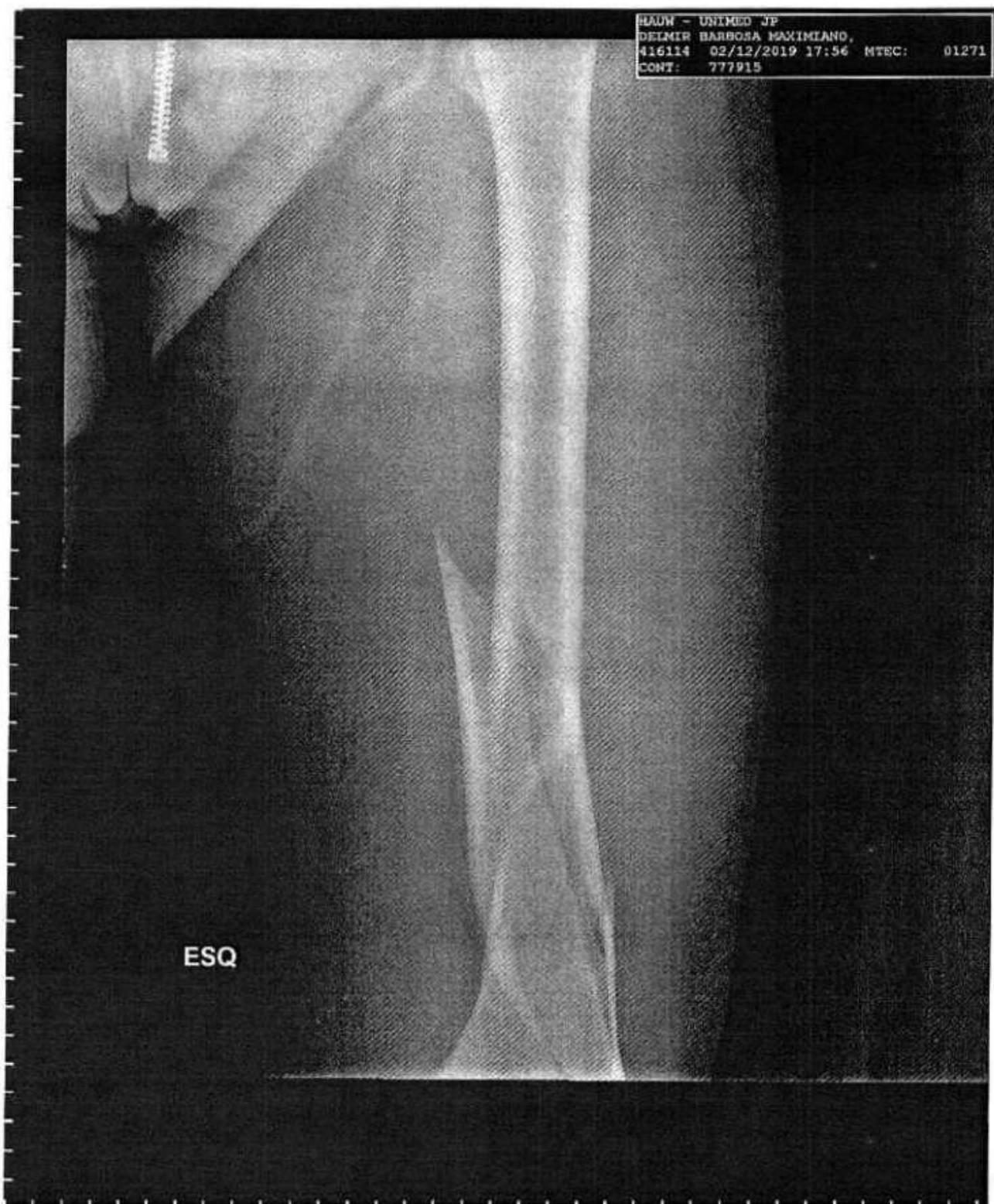
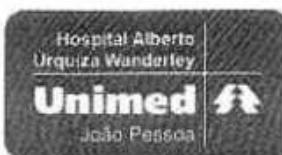


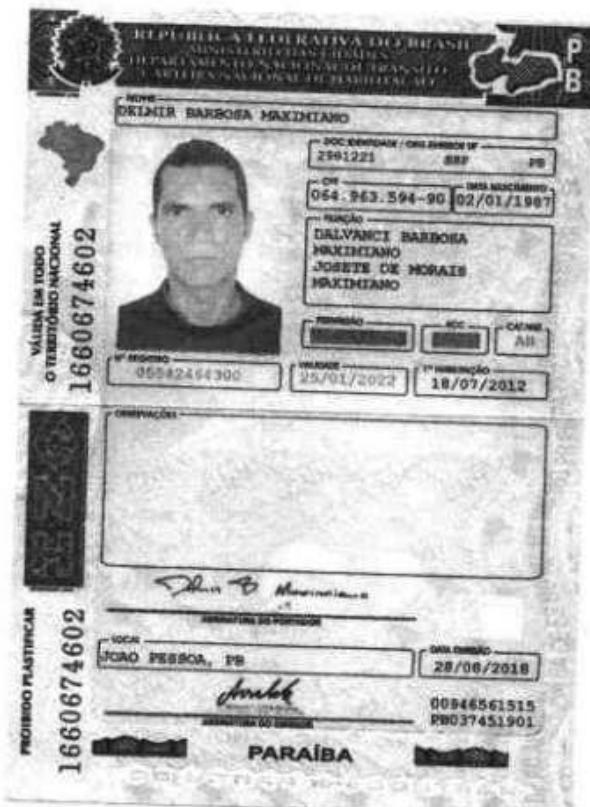
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:50:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110504462200000041749674>
Número do documento: 21060110504462200000041749674

Num. 43907608 - Pág. 49









Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:50:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110504462200000041749674>
Número do documento: 21060110504462200000041749674

Num. 43907608 - Pág. 54



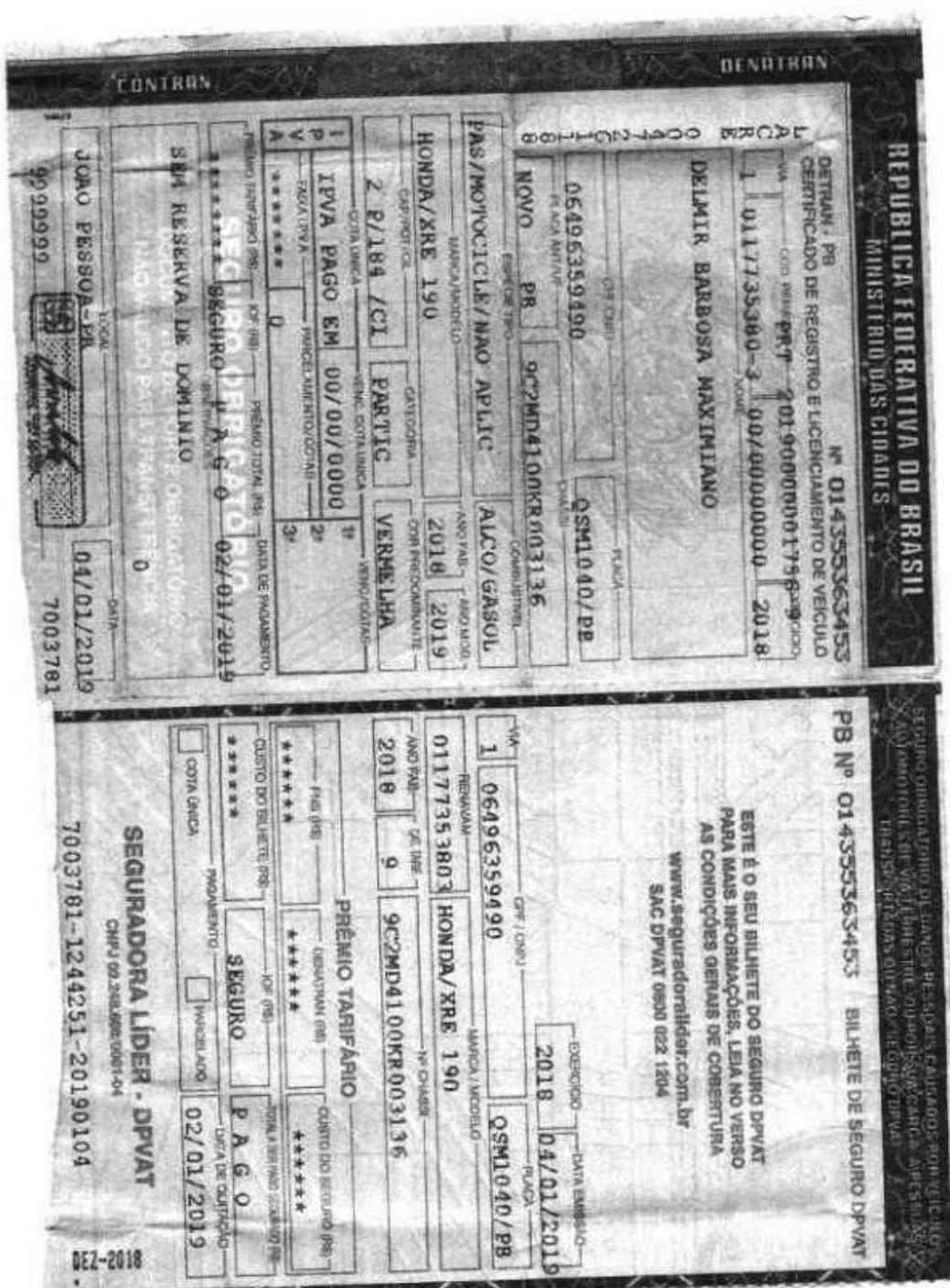
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:50:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106011050446220000041749674>
Número do documento: 2106011050446220000041749674

Num. 43907608 - Pág. 55



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:50:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106011050446220000041749674>
Número do documento: 2106011050446220000041749674

Num. 43907608 - Pág. 56



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:50:44
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110504462200000041749674>
Número do documento: 21060110504462200000041749674

Num. 43907608 - Pág. 57

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

PB Nº 014355363453 - BILHETE DE SEGURO DPVAT
SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSUAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES USADOS NA TRANSITAÇÃO E TRANSPORTE DE PESSOAS

DETINHO, PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
COR: INH PRT - 201900000011756 - 2018

AL
CAR
1 0117735380-3 00/00000000 2018
DELMIRO BARBOSA MAXIMIANO

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

06406359490 9C2MD4100KR003136
NOVO PB COTA ÚNICA

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GÁSOL
COTA ÚNICA

HONDA/XRE 190 ANO PAB 2018
COTA ÚNICA

2 P/184 /CL PARTIC VERMELHA
IPVA PAGO EM 00/00/00000
COTA ÚNICA PREÇO ANUAL R\$ 0,00

1 IPVA PAGO EM 00/00/00000
COTA ÚNICA PREÇO ANUAL R\$ 0,00

PRÉMIO TOTAL (R\$) - DATA DE PAGAMENTO
R\$ 0,00 PAGO 02/01/2019

SEGURO DE DOMÍNIO
COTA ÚNICA

0 LOCAL DATA
JOAO PESSOA-PB 04/01/2019

92299999 7003781
7003781

		EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
		1 06406359490	2018	04/01/2019	04/01/2019
		01177353803	HONDA/XRE 190	MARCA, MODELO	
		2018 9	9C2MD4100KR003136	CÓDIGO	
PRÉMIO TARIFÁRIO					
PREMIO (R\$)		DURADA (m)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
*****		*****		*****	
CUSTO DO SEGURO (R\$)		IPVA (R\$)		TAXA MÍNIMA (R\$)	
*****		SEGURO		LATA DE ADJUDIQUA	
COTA ÚNICA		PRÉMIO	IPVA	TAXA MÍNIMA	LATA DE ADJUDIQUA
DEZ-2018		02/01/2019	02/01/2019	02/01/2019	02/01/2019
SEGURADORA LÍDER - DPVAT					
CNPJ 00.280.000/0001-04					
7003781-1244251-20190104					



05/02/2020

Emissão Boletos Licenciamento

--- Imprimir Boletos ---

DETRAN-PB Departamento Estadual de Trânsito da Paraíba

DEMONSTRATIVO DOS PAGAMENTOS

Usuário

CPF/CNPJ	NossoNúmero
06496359490	202000705300049243
Nome: DELMIR BARBOSA MAXIMIANO	
Placa QSM1040	Chassi 6C2M04100KRR003136
Código Renavan 1177353803	Data Vencimento 28/02/2020
	Data Emissão 05/02/2020
	Valor Documento 190,01
	Multas:
	154,53
	23,18
	12,30

Descrição das Débitos:
LICENCIAMENTO 2020
BOMBEIRO 2020
SEG.OBRIGATORIO 2020

Na Estrada da vida, não de carona para a Dengue nem para a Zika.

DETRAN - Departamento Estadual de Trânsito da Paraíba

Usuário DETRAN

Nome: DELMIR BARBOSA MAXIMIANO	CPF/CNPJ 06496359490	NossoNúmero 202000705300049243
Placa QSM1040	Chassi 6C2M04100KRR003136	Código Renavan 1177353803
		Data Vencimento 28/02/2020
		Data Emissão 05/02/2020
		Valor Documento 190,01

RENOVACAO DO LICENCIAMENTO ANUAL

Taxes
154,53
Seguro
12,30

Contrib. Confed/Sindicato 0,00

Multas 0,00
Bombeiros
23,18

Renovações:

TERMINOU AQUI! NÚMERO: 202000705300049243
DATA: 05/02/2020 10:50:44
CÓDIGO: 6C2M04100KRR003136
PLACA: QSM1040
NOME: DELMIR BARBOSA MAXIMIANO
ENDERECO: RUA DAS LAVADEIRAS, 1000
CEP: 50130-175
CIDADE: BOMBEIRO
UF: PB
PAÍS: BRASIL
SEXO: M
DTN: 1981-01-10
DTA: 2020-02-28
DTA DO PAGAMENTO: 2020-02-05
VALOR: 190,01
NR. AUTENTICAÇÃO: 0-251-C0-376-829-A00

**SINISTRO 3200042885 - Resultado de consulta por
beneficiário**

VÍTIMA DELMIR BARBOSA MAXIMIANO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO DELMIR BARBOSA MAXIMIANO

CPF/CNPJ: 06496359490

Posição em 27-01-2020 10:56:33

O pedido de indenização do Seguro DPVAT está em fase de cadastramento. A documentação está a caminho da digitalizadora e depois será analisada pela equipe técnica da seguradora.

O prazo regulamentar para conclusão da análise é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando o processo neste site.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Delmira Barbosa Maximiano
NACIONALIDADE: brasileira ESTADO CIVIL: casado
PROFISSAO: atriz de distribuição N° DO RG: 05542464300
ORGÃO EMISSOR: Delman / PB DATA DE EMISSÃO: 28/08/2018
Nº CPF: 064 963 594-90 ENDEREÇO: Desembargador Mendes
Taigy Queiroz Mello Filho, 133, Alto do Mateus CEP: 58090-230
João Pessoa - PB

OUTORGADO: Suelio Moreira Torres Cardoso
NACIONALIDADE: brasileira ESTADO CIVIL: divorciada
PROFISSAO: estudante N° DO RG: 2621164/557/PB - 04279615-71
ORGÃO EMISSOR: Delman / PB DATA DE EMISSÃO: 05/04/2018
Nº CPF: 056 334 454-02 ENDEREÇO: Rua Lúcia Almeida
n 1500, Centro Rodoviário, CEP: 58071-530, João Pessoa - PB

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vitima/beneficiário Delmira Barbosa Maximiano, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vitima ou beneficiário do Seguro DPVAT.



Cartório Azevêdo Bastos

Delmira Barbosa Maximiano
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Delmira Barbosa Maximiano
NACIONALIDADE: brasileira ESTADO CIVIL: casado
PROFISSAO: atriz de distribuição N° DO RG: 05542464300
ORGÃO EMISSOR: Delman PB DATA DE EMISSÃO: 28/08/2018
Nº CPF: 064 963 594-90 ENDEREÇO: Desembargador Mendes
Taigy Queiroz Mello Filho, 133, Alto do Mateus CEP: 58090-230
João Pessoa - PB

OUTORGADO: Suelio Moreira Torres Cardoso
NACIONALIDADE: brasileira ESTADO CIVIL: divorciada
PROFISSAO: estudante N° DO RG: 2621164/55P/PB - 04279615-71
ORGÃO EMISSOR: Delman PB DATA DE EMISSÃO: 05/04/2018
Nº CPF: 056 334 454-02 ENDEREÇO: Rua Lúcia Almeida
n 1500, Centro Rodoviário, CEP: 58071-530, João Pessoa - PB

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vitima/beneficiário Delmira Barbosa Maximiano, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vitima ou beneficiário do Seguro DPVAT.



Cartório Azevêdo Bastos

Delmira Barbosa Maximiano
Assinatura

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0055950/20

Vítima: DELMIR BARBOSA MAXIMIANO

CPF: 064.963.594-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/12/2019

Titular do CPF: DELMIR BARBOSA MAXIMIANO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

THAIS EMMANUELLE MENEZES CARDOSO : 056.331.454-02

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

DELMIR BARBOSA MAXIMIANO : 064.963.594-90

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: 11/02/2020
Nome: THAIS EMMANUELLE MENEZES CARDOSO
CPF: 056.331.454-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/02/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

THAIS EMMANUELLE MENEZES CARDOSO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:50:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106011050446220000041749674>
Número do documento: 2106011050446220000041749674

Num. 43907608 - Pág. 64

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0036068/20

Vítima: DELMIR BARBOSA MAXIMIANO

CPF: 064.963.594-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/12/2019

Titular do CPF: DELMIR BARBOSA MAXIMIANO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

THAIS EMMANUELLE MENEZES CARDOSO : 056.331.454-02

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

DELMIR BARBOSA MAXIMIANO : 064.963.594-90

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: 27/01/2020
Nome: THAIS EMMANUELLE MENEZES CARDOSO
CPF: 056.331.454-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

THAIS EMMANUELLE MENEZES CARDOSO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:50:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106011050446220000041749674>
Número do documento: 2106011050446220000041749674

Num. 43907608 - Pág. 65



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

Processo n.º 08238593420208152001

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 **DELMIR BARBOSA MAXIMIANO**, 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. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

No caso trazido à baila, conforme se extrai da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.

Contudo, é cristalino que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão da mora do pagamento do Seguro DPVAT. Assim, não há em que se cogitar cobertura securitária para o caso concreto, conforme Resolução 332/2015, em seu art. 17, §2º.

Informa a Seguradora Ré Exa., que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão de mora do pagamento do Seguro DPVAT. Veja Exa., perceba que até a presente data, não houve o pagamento do seguro obrigatório referente ao ano civil do acidente, 2019, ou seja, inadimplente à data do alegado sinistro ocorrido no dia 02/12/2019, vejamos:

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:50:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110504532300000041750226>
Número do documento: 21060110504532300000041750226

Num. 43907610 - Pág. 1

Consulta a Pagamentos Efetuados



COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas
- Documentos Invalidez Permanente
- Documentos Morte
- Dicas Indispensáveis

Sua busca por placa: QSM1040 UF: PB CATEGORIA: 09*			
Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
2020	R\$12,30	Quitado	
Data Pagamento			Valor Pago
11/02/2020	R\$12,30		
2018	R\$19,27	Quitado	
Data Pagamento			Valor Pago
07/01/2019	R\$19,27		

(*) Motocicleta

[Voltar](#) [Imprimir](#)

Como qualquer outro seguro, o DPVAT é um contrato aleatório, onde a seguradora, mediante uma contraprestação pecuniária, assume a responsabilidade de indenizar o segurado na hipótese de ocorrido o sinistro.

Por certo, o inadimplemento por parte dos proprietários de veículos, gera um desequilíbrio no provisionamento, ao passo que a seguradora não recebeu o pagamento que lhe era devido. Assim, a ausência de quitação do prêmio, inviabiliza a manutenção regular do contrato, ensejando um aumento nos valores do prêmio, a fim de harmonizar o balanço atuarial da seguradora, onerando os demais proprietários.

Ademais, se deve frisar o caráter social do Seguro DPVAT, evidenciado pela destinação do prêmio pago pelos proprietários de veículos automotores. Digno de destaque, que o valor pago a título de prêmio é rateado de forma que 45% dos valores arrecadados são direcionados ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para custeio de tratamento de vítimas de acidente na rede pública, no Sistema Único de Saúde-SUS e 5% são destinados aos programas educativos que buscam prevenir a ocorrência de novos acidentes, através do DENATRAN.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Conforme antedito, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Assim, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça buscou, tão somente, resguardar o direito de terceiros quando não realizado o pagamento do prêmio pelo causador do sinistro.

Portanto, feita a devida análise nos precedentes da súmula 257, STJ, quais sejam: REsp 200838/GO; REsp 67763/RJ; e REsp 144583/SP, temos que a mesma trata de situações jurídicas distintas, quando confrontado ao teor Resolução 273/2012 do CNSP, conforme quadro comparativo que segue:

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 10:50:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110504532300000041750226>
 Número do documento: 21060110504532300000041750226

Num. 43907610 - Pág. 2

RESOLUÇÃO 273 /2012 DO CNSP	SÚMULA 257, STJ
Exclui da cobertura a vítima, quando esta for proprietária do veículo causador do acidente, estando este inadimplente.	Garante o recebimento do seguro a TERCEIROS vítimas de sinistro causado por proprietário de veículo inadimplente.

Consigne-se, por oportuno, que a interpretação que deve ser dada à Súmula 257, STJ, corroborando com a exegese do art.7º, §1º da Lei 6.194/74^x, garante à seguradora consorciada o direito de regresso em face do proprietário inadimplente em caso de eventuais valores que se desembolsem com as vitimas de sinistros quando o evento for causado por proprietários inadimplentes.

Ora, se o §1º do art. 7º da Lei 6.194/74 prevê o direito de regresso em face do proprietário inadimplente, e houvesse condenação da Seguradora em indenizar o referido proprietário, a parte autora figuraria tanto como credora, como devedora dos valores indenizatórios. Deste modo, forçoso aplicar o instituto da compensação e a consequente extinção das obrigações, de acordo com o Art. 368 do Código Civil.

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, bem como

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 28 de maio 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 - 01/06/2021 10:50:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060110504532300000041750226>
 Número do documento: 21060110504532300000041750226

Num. 43907610 - Pág. 3