



09/06/2021

Número: **0804371-58.2019.8.15.0181**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Mista de Guarabira**

Última distribuição : **25/01/2021**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PAUL HENRY DE SOUZA (AUTOR)		RAILSON SANTOS DA SILVA (ADVOGADO) INDIANARA CAVALCANTE CANDIDO (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
44291856	09/06/2021 13:46	Petição	Petição
44291858	09/06/2021 13:46	2747633_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_03	Outros Documentos
44291860	09/06/2021 13:46	2747633_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
44291863	09/06/2021 13:46	2747633_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190587138

Vítima: PAUL HENRY DE SOUZA

Data do Acidente: 13/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAUL HENRY DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14977690





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, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190587138 Vítima: PAUL HENRY DE SOUZA

Data do Acidente: 13/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), PAUL HENRY DE SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 13/08/2019, emitido pelo Dr. MATHEUS MEZART CRM nº 16718 - PR, da Instituição SECRETARIA DE SAÚDE, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01939/01940 - carta_31 - INVALIDEZ

00290970



Carta nº 15013955





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 041.508.624.86 4 - Nome completo da vítima: Paul Henry de Souza

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

5 - Nome completo: Paul Henry de Souza 6 - CPF: 041.508.624.86
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Juremã da Silva
9 - Número: 81 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Sta. Teresinha 12 - Cidade: Guaracema
13 - Estado: RJ 14 - CEP: 58200-00
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83988547538

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0042 CONTA: 88365 5 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

40 - Local e Data:

Guaracema RJ 16/10/2019

Paul Henry de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2021 13:46:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060913463675400000042109658

Número do documento: 21060913463675400000042109658

Num. 44291858 - Pág. 3



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 002/2019

Ocorrência nº. 410/2019

Aos **QUINZE** dias de **AGOSTO** de **DOIS MIL E DEZENOVE** nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JOSINALDO FELIX RIBEIRO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, FONE 3271-2971 -aí, por volta 10h:00 min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

NOME: PAUL HENRY DE SOUZA conhecido(a) por **PAUL** Identidade nº 2711685/SSP/PB, CPF 041.508.624-86, nacionalidade brasileiro, estado civil: **CASADO**, profissão: filho(a) de Ana de Souza e pai não declarado, natural de Guarabira/PB, nascido(a) 02/03/1982, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) Rua Joventina S da Silva nº 81 bairro Santa Terezinha tendo como ponto de referência: na cidade de Guarabira/PB, fone(s) para contato: 83—98665-3283

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 segue:

1) Natureza do fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

2) data do fato: 13/08/2019

3) Horário do fato: 18: 00hs

4) Local do fato: Rodovia que liga Guarabira à Pirpirituba/PB

5) Breve resumo do fato:

QUE informa o noticiante que no dia 13/08/2019 por volta das 15:56hs, conduzia uma moto HONDA NXR-150 BROS MIX KS, de cor preta, placa MQB-4816/PB, ano 2010, chassi 9C2KD0530AR009851, em nome de DIGNILSON DA SILVA RIBEIRO, na Rodovia em que liga Guarabira à Pirpirituba/PB, ocasião em que perdeu o controle da mesma, vindo a cair ao solo, sendo socorrido por populares, que ora passava na rodovia, para o Hospital Regional de Guarabira/PB, onde foi constatado uma fratura na mão esquerda, conforme consta Prontuário Médico Hospitalar em anexo, que por este motivo registra a ocorrência e solicita certidão para os devidos fins.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

O mesmo indica na qualidade de testemunha

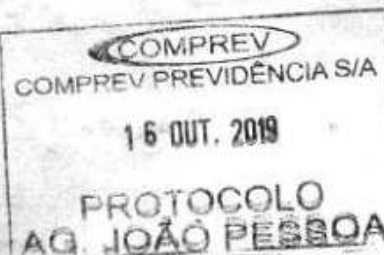
Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitel.

Paul Henry de Souza

PAUL HENRY DE SOUZA

Comunicante

Rosicleide Rodrigues da Silva
Escritor(a) agente
Mat.127.554-2



Modelo Sispato 3.04/13.10



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 041.508.624.86 4 - Nome completo da vítima: Paul Henry de Souza

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

5 - Nome completo: Paul Henry de Souza 6 - CPF: 041.508.624.86
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Juremã da Silva
9 - Número: 81 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Sta. Teresinha 12 - Cidade: Guarabira
13 - Estado: PB 14 - CEP: 58200-00
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 83988547533

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0042 CONTA: 88365 5 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

39 - 2ª Nome:

CPF:

40 - Local e Data:

Guarabira PB 16/10/2019

Paul Henry de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2021 13:46:37

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060913463675400000042109658

Número do documento: 21060913463675400000042109658

Num. 44291858 - Pág. 5



ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS NOME: Hospital Dia Top Mais LTDA

CÓDIGO CNES: 9691049 CNPJ: 31357.345/0001-20 ENDEREÇO: Praça Nossa Senhora da Luz, 54

NOME: PAUL HENRY DE SOUZA SEXO: M IDADE: 37 ANOS

PROFISSÃO:

NACIONALIDADE: Brasileira DOCUMENTOS: 2711685

ENDEREÇO: RUA: JOVINTINA S DA SILVA, 81 BAIRRO: SANTA TEREZINHA

MUNICÍPIO: GUARABIRA ESTADO: PARAIBA

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 2506301 CEP: 58200-000

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 700 2014 0661 5520

DATA DO NASCIMENTO: 02/03/1982 DATA DE ATENDIMENTO: 13/08/2019

RACIA / ETNIA:

() BRANCA () PRETA (X) PARDIA () AMARELA () INDÍGENA () SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Queda de peso em 5 meses
- Op e vult em peso 10, com
limitação de ADM, mobilidade normal
- Visão normal em MMSS.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

PX de peso 10 kg
RX de peso 10 kg

RESULTADOS:
PX: Pate. de peso 10 kg

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

ATADURA GESSADA/ FITA CREPE / FAIXA DE CREPON / ALGODÃO ORTOPÉDICO

CARÁTER DO ATENDIMENTO:

- () ELETIVO
(X) URGÊNCIA
() ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA
() ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
() OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO
() OUTROS TIPOS DE LESÕES POR ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - Descrição

ATENDIMENTO MÉDICO
- RADIOGRAFIA (S)
- IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA

DIAGNÓSTICO:

Pate. mio. 015m CID: S22.5.

MEDICAÇÃO:

- (X) PRESCRITA
() APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

- () RESIDÊNCIA
() OUTRO HOSPITAL
() OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS - CÓDIGO / PROCEDIMENTO

03	01	00	00	00	00
07	00	00	00	00	00
07	00	00	00	00	00
07	00	00	00	00	00
07	00	00	00	00	00

Dr. Mathias Mozart
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10.156
Rég. 16.118

ASS. DO(S) PROFISSIONAL (S) ASSISTENTE(S) - Carimbo

CNS:

CRM: 225270

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL:

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - Carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

PATRICIA DA SILVA RODRIGUES
TUAQUENTISTA DA SILVA S/A - 13.000.000/0001-91
QUA-56-304-7-28 CEP: 55.000.000 (A-2-22)

energisa

ENERGIA PARA A DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-230, Km 2, Zona de Residência - Jd. Pessoa - FV - CEP: 56.007-1-80
CNPJ: 06.185.10001-40 - IIC: 06.015.6230

Ligante MONOFÁSICO
C/SIDE RES WTC BT/ RESCENIAL - BAIXA RENDA
Roteiro: 2- 22- 37- 8723
Medidor: 00000389452

Referência Set/2019
Emissão: 09/09/2019

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº200.514.022

ATENCIÓN: 20 CIENTOS NÚMERO 0860 083 0195

Conta corrente - Set / 2019	Apresentação - 05/09/2019	Data de emissão - 07/10/2019	047 018 414 04 Rec. Est.
--------------------------------	------------------------------	---------------------------------	-----------------------------

Die Untersuchung der ...

Terre Social e Energia Elettrica - TSEE, founded in April
of 1998, by 29 persons in 2002.
Juste e Seguro Movimento da Vacina, BRASIL, 2004, 1000 010,
SAUDE COMUNITARIA

Date	Case #	Date	Case #
06/04/12	0100	06/04/12	0100

[illegible]

12/09/2019 RS 81.23

113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200
113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200

RESERVADO AO FISCO
2206.68ba.7b2e.8627.090e.9c40.0160.9d4d.

Determinante	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	13,85	18,81
Consumo de Energia	165,05	24,08
Serviços de Transmissão	100,03	13,50
Energia Setorial	40,28	5,45
Perdas Técnicas e Perdas Comerciais	4,00	0,54
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	323,21	100,00

Valor de US\$0 (Ref. 7/2019) R\$25,62

Presented to the National Academy of Sciences, Washington, D.C., on May 1, 1964, by the President of the National Academy of Sciences, Dr. Robert A. Millikan.

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL
00190.00009 02624.912008 05794.844174 6 801000000008123

FAGADOR PATRICIA DA SILVA RODRIGUES - CPF/CNPJ 047.018.414-04
F JA JOVENTINA DA SILVA II - STA TEREZINHA - GUARABIRA / PB CEP 59200000

Folha Nº	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
3249130005794844	000050348201909	12/09/2019	R\$ 01,23	

1 BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 05.058.183/0001-40
2 1/230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000

Agência / Código do beneficiário: 3054-3/2447-3



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DIGENILSON DA SILVA RIBEIRO,
RG nº 2188763, data de expedição 28/03/1995
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 0266494866, com
domicílio na cidade de GUARABIRA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA BRASIL, nº 441,
complemento Santa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Paul Henry de Souza, cujo o condutor era
Paul Henry de Souza.

Veículo: Moto
Modelo: Honda IN X 250 BROS MIX K5
Ano: 2010
Placa: N 83 483 61 PB
Chassi: 9CJ4D0530NR009853
Data do Acidente: 13/08/2019
Local e Data: Guarabira 13/08/2019

Digenilson da Silva Ribeiro
Assinatura do Declarante

Paul Henry de Souza

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

FP FÁTIMA PAULINO
Service Notarial
FÁTIMA PAULINO - Service Notarial
Praça João Pessoa, 105 - Centro - Guarabira - PB
CEP: 55.200-000 - Fone: (31) 3271-2090
e-mail: fatima@fatimapaulino.com.br

Declaração, como autêntica e verdadeira, de: DIGENILSON DA SILVA RIBEIRO
Em test. da verdade, Guarabira-PB 15/10/2019 08:04:50
Wilson de Freitas Santos - Tabelião Substituto
(2019-007616) JEM/LRN nº 9, 91 FAPEN: 0,27 FEPJ: 1,90 ISS: 0,00
SELO DIGITAL: AJH6EQ21-KWSU
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

PROT. 103-UFICU
Próprio
Lima e Moura, 105
Centro
Fone: (31) 3271-2090
GUARABIRA - PB

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS NOME: Hospital Dia Top Mais LTDA

CÓDIGO CNES: 9691049 CNPJ: 31357.345/0001-20 ENDEREÇO: Praça Nossa Senhora da Luz, 54

NOME: PAUL HENRY DE SOUZA SEXO: M IDADE: 37 ANOS

PROFISSÃO:

NACIONALIDADE: Brasileira DOCUMENTOS: 2711685

ENDEREÇO: RUA: JOVENTINA S DA SILVA, 81 BAIRRO: SANTA TEREZINHA

MUNICÍPIO: GUARABIRA ESTADO: PARAIBA

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 2506301 CEP: 58200-000

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 700 2014 0661 5520

DATA DO NASCIMENTO: 02/03/1982 DATA DE ATENDIMENTO: 13/08/2019

RACIA / ETNIA:

() BRANCA () PRETA (X) PARDIA () AMARELA () INDÍGENA () SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Queda de peso em 5 meses
- dor e inchaço no punho direito, com
limitação de ADM, movimento passivo
- disfunção no MMS.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

PX de punho direito
RX de punho direito

RESULTADOS:
PX: Pnt. de punho direito

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

ATADURA GESSADA/ FITA CREPE / FAIXA DE CREPON / ALGODÃO ORTOPÉDICO

CARÁTER DO ATENDIMENTO:

- () ELETIVO
(X) URGÊNCIA
() ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA
() ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
() OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRABALHO
() OUTROS TIPOS DE LESÕES POR ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - Descrição

ATENDIMENTO MÉDICO
- RADIOGRAFIA (S)
- IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA

Resul. exames punho

DIAGNÓSTICO:

Pnt. punho direito CID: S22.5.

MEDICAÇÃO:

- (X) PRESCRITA
() APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

- () RESIDÊNCIA
() OUTRO HOSPITAL
() OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS - CÓDIGO / PROCEDIMENTO

03	01	00	00	00	00	00	00	00	00
07	00	00	00	00	00	00	00	00	00
07	00	00	00	00	00	00	00	00	00
07	00	00	00	00	00	00	00	00	00

Dr. Mathias Mozart
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 16.9156
Rég. 16.918

ASS. DO(S) PROFISSIONAL (S) ASSISTENTE(S) - Carimbo

CNS:

CRM: 225270

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL:

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - Carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES E COMUNICAÇÕES
 C. AERONAUTICA DO BRASIL

PAUL HENRY DE SOUZA

1631823683

041.509.824/86 **02/03/1962**

AME DE SOUZA

05821421271 **25/11/2022** **08/07/2013**

1631823683

PARAIBA

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 16 OUT. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
NACIONAL DE DROGAS

PAUL HENRY DE SOUZA

1631823683

06821421271

28/12/2023

08/07/2013

PARAIBA

10/01/2018

68108669888

PM035887364

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 OUT. 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO Nº 014201283220
1ª 0021952019-4 00/00000000 2018

DIGENILSON DA SILVA RIBEIRO

02664948466 QNB4816/PB

NOV9CA MIT/9B 9C2KD0530AR009851

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC ALCO7EASOL

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, 4 PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PB Nº 014201283220 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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 30/08/2018

1ª 02664948466 QNB4816/PB

1021952019-4 QNB4816/PB

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

14834-0930371-20180830



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA _____ CPF DA VITIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 16/10/2019

IDENTIDADE 2711685

ASSINATURA Suelio Moreira Torres

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190587138 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAUL HENRY DE SOUZA **Data do acidente:** 13/08/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (REDUÇÃO INCRUENTA).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS 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
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0360392/19

Vítima: PAUL HENRY DE SOUZA

CPF: 041.508.624-86

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 13/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAUL HENRY DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PAUL HENRY DE SOUZA : 041.508.624-86

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: 16/10/2019
Nome: PAUL HENRY DE SOUZA
CPF: 041.508.624-86

PAUL HENRY DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA





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, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190587138

Vítima: PAUL HENRY DE SOUZA

Data do Acidente: 13/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAUL HENRY DE SOUZA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14977690





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, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190587138 Vítima: PAUL HENRY DE SOUZA

Data do Acidente: 13/08/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), PAUL HENRY DE SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 13/08/2019, emitido pelo Dr. MATHEUS MEZART CRM nº 16718 - PR, da Instituição SECRETARIA DE SAÚDE, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01939/01940 - carta_31 - INVALIDEZ

00290970



Carta nº 15013955





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 041.508.624.86 4 - Nome completo da vítima: Paul Henry de Souza

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

5 - Nome completo: Paul Henry de Souza 6 - CPF: 041.508.624.86
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Juremã da Silva
9 - Número: 81 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Sta. Teresinha 12 - Cidade: Guarabira
13 - Estado: PB 14 - CEP: 58200-00
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 83988547538

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0042 CONTA: 88365 5 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

40 - Local e Data:

Guarabira PB 16/10/2019

Paul Henry de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 002/2019

Ocorrência nº. 410/2019

Aos **QUINZE** dias de **AGOSTO** de **DOIS MIL E DEZENOVE** nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JOSINALDO FELIX RIBEIRO**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) do seu cargo, FONE 3271-2971 -aí, por volta 10h:00 min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

NOME: PAUL HENRY DE SOUZA conhecido(a) por **PAUL** Identidade nº 2711685/SSP/PB, CPF 041.508.624-86, nacionalidade brasileiro, estado civil: CASADO, profissão: filho(a) de Ana de Souza e pai não declarado, natural de Guarabira/PB, nascido(a) 02/03/1982, do sexo masculino, residente e domiciliado(a) Rua Joventina S da Silva nº 81 bairro Santa Terezinha tendo como ponto de referência: na cidade de Guarabira/PB, fone(s) para contato: 83—98665-3283

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 segue:

1) **Natureza do fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO**

2) **data do fato: 13/08/2019**

3) **Horário do fato: 18: 00hs**

4) **Local do fato: Rodovia que liga Guarabira à Pirpirituba/PB**

5) **Breve resumo do fato:**

QUE informa o noticiante que no dia 13/08/2019 por volta das 15:56hs, conduzia uma moto HONDA NXR-150 BROS MIX KS, de cor preta, placa MQB-4816/PB, ano 2010, chassi 9C2KD0530AR009851, em nome de DIGNILSON DA SILVA RIBEIRO, na Rodovia em que liga Guarabira à Pirpirituba/PB, ocasião em que perdeu o controle da mesma, vindo a cair ao solo, sendo socorrido por populares, que ora passava na rodovia, para o Hospital Regional de Guarabira/PB, onde foi constatado uma fratura na mão esquerda, conforme consta Prontuário Médico Hospitalar em anexo, que por este motivo registra a ocorrência e solicita certidão para os devidos fins.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

O mesmo indica na qualidade de testemunha

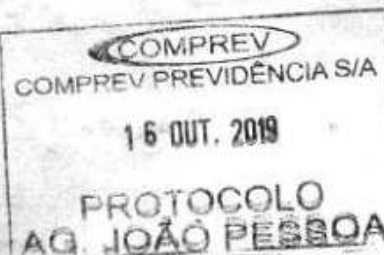
Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitel.

Paul Henry de Souza

PAUL HENRY DE SOUZA

Comunicante

Rosicleide Rodrigues da Silva
Escritor(a) agente
Mat.127.554-2



Modelo Sispato 3.04/13.10





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 041.508.624.86 4 - Nome completo da vítima: Paul Henry de Souza

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

5 - Nome completo: Paul Henry de Souza 6 - CPF: 041.508.624.86
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: Juremã da Silva
9 - Número: 81 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Sta. Teresinha 12 - Cidade: Guarabira
13 - Estado: PB 14 - CEP: 58200-00
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 83988547533

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 0042 CONTA: 88365 5 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

39 - 2ª Nome:

CPF:

40 - Local e Data:

Guarabira PB 16/10/2019

Paul Henry de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS NOME: Hospital Dia Top Mais LTDA

CÓDIGO CNES: 9691049 CNPJ: 31357.345/0001-20 ENDEREÇO: Praça Nossa Senhora da Luz, 54

NOME: PAUL HENRY DE SOUZA SEXO: M IDADE: 37 ANOS

PROFISSÃO:

NACIONALIDADE: Brasileira DOCUMENTOS: 2711685

ENDEREÇO: RUA: JOVINTINA S DA SILVA, 81 BAIRRO: SANTA TEREZINHA

MUNICÍPIO: GUARABIRA ESTADO: PARAIBA

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 2506301 CEP: 58200-000

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 700 2014 0661 5520

DATA DO NASCIMENTO: 02/03/1982 DATA DE ATENDIMENTO: 13/08/2019

RACIA / ETNIA:

() BRANCA () PRETA (X) PARDAS () AMARELA () INDÍGENA () SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Queda de peso em 5 meses
- Op e vult em peso 10, com
limitação de ADM, mobilidade normal
- Visão normal em MMSS.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

PX de peso 10, com 5.
RX de peso 10

RESULTADOS:
PX: Pate. de peso 10, com

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

ATADURA GESSADA/ FITA CREPE / FAIXA DE CREPON / ALGODÃO ORTOPÉDICO

CARÁTER DO ATENDIMENTO:

- () ELETIVO
(X) URGÊNCIA
() ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA
() ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
() OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
() OUTROS TIPOS DE LESÕES POR ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - Descrição

ATENDIMENTO MÉDICO
- RADIOGRAFIA (S)
- IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA

DIAGNÓSTICO:

Pate. mio. 0,5m 10 CID: S22.5.

MEDICAÇÃO:

- (X) PRESCRITA
() APLICADA
() OBSERVAÇÃO
() INTERNAÇÃO
() ÓBITO

ENCAMINHAMENTO:

- () RESIDÊNCIA
() OUTRO HOSPITAL
() OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS - CÓDIGO / PROCEDIMENTO

03	01	00	00	00	00	00	00	00	00
07	00	00	00	00	00	00	00	00	00
07	00	00	00	00	00	00	00	00	00
07	00	00	00	00	00	00	00	00	00

Dr. Mathias Mozart
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10.156
Rég. 16.118

ASS. DO(S) PROFISSIONAL (S) ASSISTENTE(S) - Carimbo

CNS:

CRM: 225270

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL:

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - Carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo





Número do documento: 21060913463787700000042109660



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, DIGENILSON DA SILVA RIBEIRO,
RG nº 2188763, data de expedição 28/03/1995
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 0266494866, com
domicílio na cidade de GUARABIRA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA BRASIL, nº 441,
complemento Santa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Paul Henry de Souza, cujo o condutor era
Paul Henry de Souza.

Veículo: Moto
Modelo: Honda IN X 250 BTROS MIX K5
Ano: 2010
Placa: N 83 483 61 PB
Chassi: 9CJH D0530NR009853
Data do Acidente: 13/08/2019
Local e Data: Guarabira 13/08/2019

Digenilson da Silva Ribeiro
Assinatura do Declarante

Paul Henry de Souza

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

FP FÁTIMA PAULINO
Service Notarial

FÁTIMA PAULINO - Serviço Notarial
Prac. 105 - Centro - Guarabira - PB
CEP: 55.200-000 - Fone: (31) 3271-2090
e-mail: fatima@fatimapaolino.com.br

Recebi, como autêntica e verdadeira, a seguinte declaração:
DIGENILSON DA SILVA RIBEIRO
Em test. da verdade, Guarabira-PB 15/10/2019 08:04:50
Wilson de Freitas Santos - Tabelião Substituto
(2019-007616) JEMLRN 19,91 FARPEN: 0,27 FEPJ: 1,90 ISS: 0,00
SELO DIGITAL: AJH6021-KWSU
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS NOME: Hospital Dia Top Mais LTDA

CÓDIGO CNES: 9691049 CNPJ: 31357.345/0001-20 ENDEREÇO: Praça Nossa Senhora da Luz, 54

NOME: PAUL HENRY DE SOUZA SEXO: M IDADE: 37 ANOS

PROFISSÃO:

NACIONALIDADE: Brasileira DOCUMENTOS: 2711685

ENDEREÇO: RUA: JOVETINA S DA SILVA, 81 BAIRRO: SANTA TEREZINHA

MUNICÍPIO: GUARABIRA ESTADO: PARAIBA

CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 2506301 CEP: 58200-000

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 700 2014 0661 5520

DATA DO NASCIMENTO: 02/03/1982 DATA DE ATENDIMENTO: 13/08/2019

RACIA / ETNIA:

() BRANCA () PRETA (X) PARDAS () AMARELA () INDÍGENA () SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Queda de peso em 5 meses
- Op e vult em peso 10, com
limitação de ADM, mobilidade normal
- Visão normal em MMSS.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

PX de peso 10, em 5 meses
RX de peso 10

RESULTADOS:
PX: Pate. de peso 10, em 5 meses

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

ATADURA GESSADA/ FITA CREPE / FAIXA DE CREPON / ALGODÃO ORTOPÉDICO

CARÁTER DO ATENDIMENTO:

- () ELETIVO
(X) URGÊNCIA
() ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA
() ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
() OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
() OUTROS TIPOS DE LESÕES POR ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - Descrição

ATENDIMENTO MÉDICO
- RADIOGRAFIA (S)
- IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA

DIAGNÓSTICO:

Pate. mio. 0,5m 10 CID: S22.5.

MEDICAÇÃO:

- (X) PRESCRITA
() APLICADA
() OBSERVAÇÃO
() INTERNAÇÃO
() ÓBITO

ENCAMINHAMENTO:

- () RESIDÊNCIA
() OUTRO HOSPITAL
() OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS - CÓDIGO / PROCEDIMENTO

03	01	00	00	00	00	00	00	00	00
07	00	00	00	00	00	00	00	00	00
07	00	00	00	00	00	00	00	00	00
07	00	00	00	00	00	00	00	00	00

Dr. Mathias Mozart
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10.156
16/07/18

ASS. DO(S) PROFISSIONAL (S) ASSISTENTE(S) - Carimbo

CNS:

CRM: 225270

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL:

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - Carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES E COMUNICAÇÕES
 C. AERONAUTICA DO BRASIL

PAUL HENRY DE SOUZA

1631823683

041.509.824/86 **02/03/1962**

AME DE SOUZA

05821421271 **25/11/2022** **08/07/2015**

1631823683

PARAIBA

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 16 OUT. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
NACIONAL DE DROGAS

PAUL HENRY DE SOUZA

1631823683

06821421271

28/12/2023

08/07/2013

PARAIBA

1631823683

10/01/2018

PARAIBA

COMPREV
COMPREV/ PREVIDÊNCIA S/A
18 OUT. 2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO Nº 014201283220
1ª 0021952019-4 00/00000000 2018

DIGENILSON DA SILVA RIBEIRO

02664948466 QNB4816/PB

NOVB-CA MIT/15B 9C2KD0530AR009851

PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC ALCO7EASOL

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

2018/08/30 2018/08/30

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, 4 PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PB Nº 014201283220 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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 30/08/2018

1ª 02664948466 QNB4816/PB

1021952019-4 QNB4816/PB

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

PRÊMIO TARIFÁRIO

1ª 02664948466 QNB4816/PB

1021952019-4 QNB4816/PB

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

2018 9C2KD0530AR009851

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.344.000/0001-01

14834-0930371-20180830

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA ORIGINAL

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

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

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

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

* PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTidão DE NASCIMENTO OU CERTidão DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPIn DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

res. DECELENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 4/21/2019

IDENTIDADE 2711685

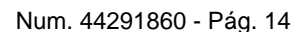
ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA -

DATA

1100

ASSINATURA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190587138 **Cidade:** Guarabira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: PAUL HENRY DE SOUZA **Data do acidente:** 13/08/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (REDUÇÃO INCRUENTA).
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS 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
		Total	0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0360392/19

Vítima: PAUL HENRY DE SOUZA

CPF: 041.508.624-86

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 13/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAUL HENRY DE SOUZA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

PAUL HENRY DE SOUZA : 041.508.624-86

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: 16/10/2019
Nome: PAUL HENRY DE SOUZA
CPF: 041.508.624-86

PAUL HENRY DE SOUZA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE GUARABIRA/PB

Processo n.º 08043715820198150181

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 **PAUL HENRY DE SOUZA**, 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:

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexos de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexos causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexos entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXOS DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPOSTO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços

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



na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

GUARABIRA, 7 de junho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

