



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
44291 856	09/06/2021 13:46	Petição	Petição
44291 858	09/06/2021 13:46	2747633_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_03	Outros Documentos
44291 860	09/06/2021 13:46	2747633_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02	Outros Documentos
44291 863	09/06/2021 13:46	2747633_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2021 13:46:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060913463651900000042109656>
Número do documento: 21060913463651900000042109656

Num. 44291856 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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, contados 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

Pag. 01587/01588 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 14977690



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. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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



Carta nº 15013955



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. 2

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 ASL: **041-508.624.86** 3 - CPF da vítima: **041-508.624.86** 4 - Nome completo da vítima: **Paulo Henrique de Souza**

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

5 - Nome completo:	Paulo Henrique de Souza		6 - CPF:	041-508.624.86	
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:		
Agricultor	Feira de Minas da Silva	81	acima		
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:		
Sta Teresinha	Guarulhos	SP	05200000		
15 - E-mail:					
16 - Tel (DDD): 13 39885475 33					

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: **041-508.624.86** 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"/> RECUSO 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 DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

 AGENCIA: **0042**

 CONTA: **88365**
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGENCIA: _____

CONTA: _____

(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 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, soucio 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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 Sim 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - 1º Nome: OMERO DE OLIVEIRA CPF: 000.000.000-00 Assinatura da testemunha: 16/07/2019 39 - 2º Nome: PROTÓCOLO CPF: 32.104.200-00 Assinatura da testemunha: 16/07/2019
---	---

 40 - Local e Data: **Guarulhos SP 16/10/2019**

 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): **Paulo Henrique de Souza**

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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, escrivã(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 DIGENILSON 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, escrivã(o) que digitel.

Paul Henry de Souza
PAUL HENRY DE SOUZA
Comunicante

Rosicleide Rodrigues da Silva
Rosicleide Rodrigues da Silva
Escrivã/Agente
Mat.127.554-2

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



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 ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 041-508-624-86 Paul Henry de Souza

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

5 - Nome completo: <input type="text"/> Paul Henry de Souza	6 - CPF: <input type="text"/> 041-508-624-86		
7 - Profissão: <input type="text"/> Agricultor	8 - Endereço: <input type="text"/> Fazenda Vila da Silva	9 - Número: <input type="text"/> 81	10 - Complemento: <input type="text"/> serra
11 - Bairro: <input type="text"/> Sta Teresinha	12 - Cidade: <input type="text"/> Guanambi	13 - Estado: <input type="text"/> PI	14 - CEP: <input type="text"/> 5620000-00
15 - E-mail: <input type="text"/>			16 - Tel (DDD): <input type="text"/> 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: <input type="text"/>	18 - CPF do Representante Legal: <input type="text"/>	19 - Profissão do Representante Legal: <input type="text"/>
---	---	---

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"/> RECUSO 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 DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0042 CONTA: 88365 5 5

(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 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, soucio 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo 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: <input type="text"/>
--	--

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

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não teve filhos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	30 - Vítima deixou nascituro (viver): <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: <input type="checkbox"/> Falecidos: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	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 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

40 - Local e Data: Guanambi PI 16/10/2019

(Paul Henry de Souza)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

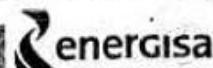
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



P=49852





PATRÍCIA DA SILVA RODRIGUES
PROJONCTO DA SILVA JUNTO A TEREZINI
QUADRIBRA / PR / CEF 55000000 / AG 701

ENERGIA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br-200, Km 25 - Chato Reventado - João Pessoa / PB - CEP 58007-1000
CNPJ 08.065.163/0001-40 - insc. Est. 16.015.223-0

Scorta riferita a	Appartamento	Data riferita	047-018-41444
Set / 2019	05/09/2019	07/10/2019	

卷之三十一

10. *Journal of the American Statistical Association*, 1980, 75, 362-375.

卷之三

卷之三

DATA CENTER DATA CENTER

CC: Tammie Classen, Jennifer Tammie, 01/27/2017, 07:00 AM
Tammie Classen, Jennifer Tammie, 01/27/2017, 07:00 AM

12/09/2019 18:00 - RS 81 23

RESERVADO AO FISCO
2208.68ba.7b2e.8627.090e.9c40.0160.9d4d.

Indicadores de Comunicação		Composição do Consumo		
Indicador	Valor	Discriminação	Valor	%
TIPO DE CONSUMO	100,00	Serviços de Dist. da Energia/PB	13,65	16,51
TIPO DE CONSUMO	100,00	Compras de Energia	16,65	20,08
TIPO DE CONSUMO	100,00	Tempo de Transmissão	1,00	1,25
TIPO DE CONSUMO	100,00	Encargos Sistêmicos	4,25	5,25
TIPO DE CONSUMO	100,00	Impostos Diretos e Encargos	0,90	1,12
TIPO DE CONSUMO	100,00	Outros Serviços	0,00	0,00
		Total	81,22	100,00

Present Trial: **10005-TRAILER-2000**
Results To Date: **10005-TRAILER-2000**
10005-TRAILER-2000

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

0190 00009 02824.912008 05794.844174 6 801000

ESTRATEGIA DE ENERGÍA PARA LA SUSTENIBILIDAD



Declaração do Proprietário do Veículo

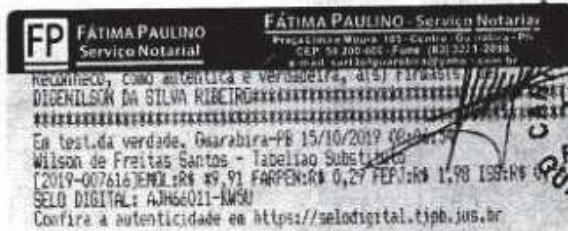
Eu, DIGENILSON DA SILVA RIBEIRO,
RG nº 2188 763, data de expedição 21/03/1995
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 02 66 494866, com
domicílio na cidade de GUARABIRA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA BRASIL, nº 441,
complemento 5001, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado 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, 11X2550BROS Mix RS
Ano: 2010
Placa: N 83 48361 PB
Chassi: 9C0K D03304R009853
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]

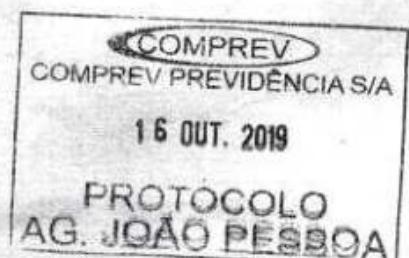


103º OFÍCIO
Praça
Lima e Moura, 105
Centro
Fone: (83) 3271-2000
GUARABIRA/PB



P=49852

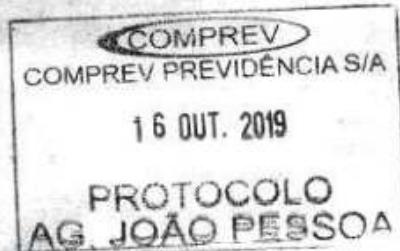






Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2021 13:46:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060913463675400000042109658>
Número do documento: 21060913463675400000042109658

Num. 44291858 - Pág. 12



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2021 13:46:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106091346367540000042109658>
Número do documento: 2106091346367540000042109658

Num. 44291858 - Pág. 13

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA	CPF DA VITIMA	
DATA DO ACIDENTE		
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO		
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	() VITIMA	
A VITIMA É		
ENDERECO 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 - NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE POSSIÇÃO DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ATUALIZAÇÃO DA RESIDÊNCIA
 - BOLETO 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 DA VITIMA, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- Obs: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA <u>16/10/2019</u>	DATA _____
IDENTIDADE <u>2711685</u>	NAME _____
ASSINATURA <u>Paulo Bento</u>	

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 médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PAUL HENRY DE SOUZA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



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. 16



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

Pag. 01587/01588 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 14977690



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2021 13:46:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060913463787700000042109660>
Número do documento: 21060913463787700000042109660

Num. 44291860 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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



Carta nº 15013955



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2021 13:46:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060913463787700000042109660>
Número do documento: 21060913463787700000042109660

Num. 44291860 - Pág. 2

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 ASL: **041-508.624.86** 3 - CPF da vítima: **041-508.624.86** 4 - Nome completo da vítima: **Paulo Henrique de Souza**

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

5 - Nome completo: Paulo Henrique de Souza	6 - CPF: 041-508.624.86		
7 - Profissão: Agricultor	8 - Endereço: Residência da Silva	9 - Número: 81	10 - Complemento: centro
11 - Bairro: Sta Teresinha	12 - Cidade: Guarulhos	13 - Estado: SP	14 - CEP: 06200000
15 - E-mail:		16 - Tel (DDD): 11 39885475 33	

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: **0042** 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"/> RECUSO 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 DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

 AGENCIA: **0042** CONTA: **88365** 5 (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 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, soucio 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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 Sim 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

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

 40 - Local e Data: **Guarulhos SP 16/10/2019** 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura do Testemunha (se houver)

45 - Assinatura do Testemunha (se houver)

46 - Assinatura do Testemunha (se houver)

47 - Assinatura do Testemunha (se houver)

48 - Assinatura do Testemunha (se houver)

49 - Assinatura do Testemunha (se houver)

50 - Assinatura do Testemunha (se houver)

51 - Assinatura do Testemunha (se houver)

52 - Assinatura do Testemunha (se houver)

53 - Assinatura do Testemunha (se houver)

54 - Assinatura do Testemunha (se houver)

55 - Assinatura do Testemunha (se houver)

56 - Assinatura do Testemunha (se houver)

57 - Assinatura do Testemunha (se houver)

58 - Assinatura do Testemunha (se houver)

59 - Assinatura do Testemunha (se houver)

60 - Assinatura do Testemunha (se houver)

61 - Assinatura do Testemunha (se houver)

62 - Assinatura do Testemunha (se houver)

63 - Assinatura do Testemunha (se houver)

64 - Assinatura do Testemunha (se houver)

65 - Assinatura do Testemunha (se houver)

66 - Assinatura do Testemunha (se houver)

67 - Assinatura do Testemunha (se houver)

68 - Assinatura do Testemunha (se houver)

69 - Assinatura do Testemunha (se houver)

70 - Assinatura do Testemunha (se houver)

71 - Assinatura do Testemunha (se houver)

72 - Assinatura do Testemunha (se houver)

73 - Assinatura do Testemunha (se houver)

74 - Assinatura do Testemunha (se houver)

75 - Assinatura do Testemunha (se houver)

76 - Assinatura do Testemunha (se houver)

77 - Assinatura do Testemunha (se houver)

78 - Assinatura do Testemunha (se houver)

79 - Assinatura do Testemunha (se houver)

80 - Assinatura do Testemunha (se houver)

81 - Assinatura do Testemunha (se houver)

82 - Assinatura do Testemunha (se houver)

83 - Assinatura do Testemunha (se houver)

84 - Assinatura do Testemunha (se houver)

85 - Assinatura do Testemunha (se houver)

86 - Assinatura do Testemunha (se houver)

87 - Assinatura do Testemunha (se houver)

88 - Assinatura do Testemunha (se houver)

89 - Assinatura do Testemunha (se houver)

90 - Assinatura do Testemunha (se houver)

91 - Assinatura do Testemunha (se houver)

92 - Assinatura do Testemunha (se houver)

93 - Assinatura do Testemunha (se houver)

94 - Assinatura do Testemunha (se houver)

95 - Assinatura do Testemunha (se houver)

96 - Assinatura do Testemunha (se houver)

97 - Assinatura do Testemunha (se houver)

98 - Assinatura do Testemunha (se houver)

99 - Assinatura do Testemunha (se houver)

100 - Assinatura do Testemunha (se houver)

101 - Assinatura do Testemunha (se houver)

102 - Assinatura do Testemunha (se houver)

103 - Assinatura do Testemunha (se houver)

104 - Assinatura do Testemunha (se houver)

105 - Assinatura do Testemunha (se houver)

106 - Assinatura do Testemunha (se houver)

107 - Assinatura do Testemunha (se houver)

108 - Assinatura do Testemunha (se houver)

109 - Assinatura do Testemunha (se houver)

110 - Assinatura do Testemunha (se houver)

111 - Assinatura do Testemunha (se houver)

112 - Assinatura do Testemunha (se houver)

113 - Assinatura do Testemunha (se houver)

114 - Assinatura do Testemunha (se houver)

115 - Assinatura do Testemunha (se houver)

116 - Assinatura do Testemunha (se houver)

117 - Assinatura do Testemunha (se houver)

118 - Assinatura do Testemunha (se houver)

119 - Assinatura do Testemunha (se houver)

120 - Assinatura do Testemunha (se houver)

121 - Assinatura do Testemunha (se houver)

122 - Assinatura do Testemunha (se houver)

123 - Assinatura do Testemunha (se houver)

124 - Assinatura do Testemunha (se houver)

125 - Assinatura do Testemunha (se houver)

126 - Assinatura do Testemunha (se houver)

127 - Assinatura do Testemunha (se houver)

128 - Assinatura do Testemunha (se houver)

129 - Assinatura do Testemunha (se houver)

130 - Assinatura do Testemunha (se houver)

131 - Assinatura do Testemunha (se houver)

132 - Assinatura do Testemunha (se houver)

133 - Assinatura do Testemunha (se houver)

134 - Assinatura do Testemunha (se houver)

135 - Assinatura do Testemunha (se houver)

136 - Assinatura do Testemunha (se houver)

137 - Assinatura do Testemunha (se houver)

138 - Assinatura do Testemunha (se houver)

139 - Assinatura do Testemunha (se houver)

140 - Assinatura do Testemunha (se houver)

141 - Assinatura do Testemunha (se houver)

142 - Assinatura do Testemunha (se houver)

143 - Assinatura do Testemunha (se houver)

144 - Assinatura do Testemunha (se houver)

145 - Assinatura do Testemunha (se houver)

146 - Assinatura do Testemunha (se houver)

147 - Assinatura do Testemunha (se houver)

148 - Assinatura do Testemunha (se houver)

149 - Assinatura do Testemunha (se houver)

150 - Assinatura do Testemunha (se houver)

151 - Assinatura do Testemunha (se houver)

152 - Assinatura do Testemunha (se houver)

153 - Assinatura do Testemunha (se houver)

154 - Assinatura do Testemunha (se houver)

155 - Assinatura do Testemunha (se houver)

156 - Assinatura do Testemunha (se houver)

157 - Assinatura do Testemunha (se houver)

158 - Assinatura do Testemunha (se houver)

159 - Assinatura do Testemunha (se houver)

160 - Assinatura do Testemunha (se houver)

161 - Assinatura do Testemunha (se houver)

162 - Assinatura do Testemunha (se houver)

163 - Assinatura do Testemunha (se houver)

164 - Assinatura do Testemunha (se houver)

165 - Assinatura do Testemunha (se houver)

166 - Assinatura do Testemunha (se houver)

167 - Assinatura do Testemunha (se houver)

168 - Assinatura do Testemunha (se houver)

169 - Assinatura do Testemunha (se houver)

170 - Assinatura do Testemunha (se houver)

171 - Assinatura do Testemunha (se houver)

172 - Assinatura do Testemunha (se houver)

173 - Assinatura do Testemunha (se houver)

174 - Assinatura do Testemunha (se houver)

175 - Assinatura do Testemunha (se houver)

176 - Assinatura do Testemunha (se houver)

177 - Assinatura do Testemunha (se houver)

178 - Assinatura do Testemunha (se houver)

179 - Assinatura do Testemunha (se houver)

180 - Assinatura do Testemunha (se houver)

181 - Assinatura do Testemunha (se houver)

182 - Assinatura do Testemunha (se houver)

183 - Assinatura do Testemunha (se houver)

184 - Assinatura do Testemunha (se houver)

185 - Assinatura do Testemunha (se houver)

186 - Assinatura do Testemunha (se houver)

187 - Assinatura do Testemunha (se houver)

188 - Assinatura do Testemunha (se houver)

189 - Assinatura do Testemunha (se houver)

190 - Assinatura do Testemunha (se houver)

191 - Assinatura do Testemunha (se houver)

192 - Assinatura do Testemunha (se houver)

193 - Assinatura do Testemunha (se houver)

194 - Assinatura do Testemunha (se houver)

195 - Assinatura do Testemunha (se houver)

196 - Assinatura do Testemunha (se houver)

197 - Assinatura do Testemunha (se houver)

198 - Assinatura do Testemunha (se houver)

199 - Assinatura do Testemunha (se houver)

200 - Assinatura do Testemunha (se houver)

201 - Assinatura do Testemunha (se houver)

202 - Assinatura do Testemunha (se houver)

203 - Assinatura do Testemunha (se houver)

204 - Assinatura do Testemunha (se houver)

205 - Assinatura do Testemunha (se houver)

206 - Assinatura do Testemunha (se houver)

207 - Assinatura do Testemunha (se houver)

208 - Assinatura do Testemunha (se houver)

209 - Assinatura do Testemunha



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, escrivã(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 DIGENILSON 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, escrivã(o) que digitel.

Paul Henry de Souza
PAUL HENRY DE SOUZA
Comunicante

Rosicleide Rodrigues da Silva
Rosicleide Rodrigues da Silva
Escrivã/Agente
Mat.127.554-2

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



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 ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 041-508-624-86 Paul Henry de Souza

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

5 - Nome completo: <input type="text"/> Paul Henry de Souza	6 - CPF: <input type="text"/> 041-508-624-86		
7 - Profissão: <input type="text"/> Agricultor	8 - Endereço: <input type="text"/> Fazenda Vila da Silva	9 - Número: <input type="text"/> 81	10 - Complemento: <input type="text"/> serra
11 - Bairro: <input type="text"/> Sta Teresinha	12 - Cidade: <input type="text"/> Guanambi	13 - Estado: <input type="text"/> PI	14 - CEP: <input type="text"/> 5620000-00
15 - E-mail: <input type="text"/>			16 - Tel (DDD): <input type="text"/> 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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 DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (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 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, soucio 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar 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: Sim Não 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

40 - Local e Data: Guanambi PI 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)

44 - Assinatura do Testemunha (se houver)

45 - Assinatura do Testemunha (se houver)

46 - Assinatura do Testemunha (se houver)

47 - Assinatura do Testemunha (se houver)

48 - Assinatura do Testemunha (se houver)

49 - Assinatura do Testemunha (se houver)

50 - Assinatura do Testemunha (se houver)

51 - Assinatura do Testemunha (se houver)

52 - Assinatura do Testemunha (se houver)

53 - Assinatura do Testemunha (se houver)

54 - Assinatura do Testemunha (se houver)

55 - Assinatura do Testemunha (se houver)

56 - Assinatura do Testemunha (se houver)

57 - Assinatura do Testemunha (se houver)

58 - Assinatura do Testemunha (se houver)

59 - Assinatura do Testemunha (se houver)

60 - Assinatura do Testemunha (se houver)

61 - Assinatura do Testemunha (se houver)

62 - Assinatura do Testemunha (se houver)

63 - Assinatura do Testemunha (se houver)

64 - Assinatura do Testemunha (se houver)

65 - Assinatura do Testemunha (se houver)

66 - Assinatura do Testemunha (se houver)

67 - Assinatura do Testemunha (se houver)

68 - Assinatura do Testemunha (se houver)

69 - Assinatura do Testemunha (se houver)

70 - Assinatura do Testemunha (se houver)

71 - Assinatura do Testemunha (se houver)

72 - Assinatura do Testemunha (se houver)

73 - Assinatura do Testemunha (se houver)

74 - Assinatura do Testemunha (se houver)

75 - Assinatura do Testemunha (se houver)

76 - Assinatura do Testemunha (se houver)

77 - Assinatura do Testemunha (se houver)

78 - Assinatura do Testemunha (se houver)

79 - Assinatura do Testemunha (se houver)

80 - Assinatura do Testemunha (se houver)

81 - Assinatura do Testemunha (se houver)

82 - Assinatura do Testemunha (se houver)

83 - Assinatura do Testemunha (se houver)

84 - Assinatura do Testemunha (se houver)

85 - Assinatura do Testemunha (se houver)

86 - Assinatura do Testemunha (se houver)

87 - Assinatura do Testemunha (se houver)

88 - Assinatura do Testemunha (se houver)

89 - Assinatura do Testemunha (se houver)

90 - Assinatura do Testemunha (se houver)

91 - Assinatura do Testemunha (se houver)

92 - Assinatura do Testemunha (se houver)

93 - Assinatura do Testemunha (se houver)

94 - Assinatura do Testemunha (se houver)

95 - Assinatura do Testemunha (se houver)

96 - Assinatura do Testemunha (se houver)

97 - Assinatura do Testemunha (se houver)

98 - Assinatura do Testemunha (se houver)

99 - Assinatura do Testemunha (se houver)

100 - Assinatura do Testemunha (se houver)

101 - Assinatura do Testemunha (se houver)

102 - Assinatura do Testemunha (se houver)

103 - Assinatura do Testemunha (se houver)

104 - Assinatura do Testemunha (se houver)

105 - Assinatura do Testemunha (se houver)

106 - Assinatura do Testemunha (se houver)

107 - Assinatura do Testemunha (se houver)

108 - Assinatura do Testemunha (se houver)

109 - Assinatura do Testemunha (se houver)

110 - Assinatura do Testemunha (se houver)

111 - Assinatura do Testemunha (se houver)

112 - Assinatura do Testemunha (se houver)

113 - Assinatura do Testemunha (se houver)

114 - Assinatura do Testemunha (se houver)

115 - Assinatura do Testemunha (se houver)

116 - Assinatura do Testemunha (se houver)

117 - Assinatura do Testemunha (se houver)

118 - Assinatura do Testemunha (se houver)

119 - Assinatura do Testemunha (se houver)

120 - Assinatura do Testemunha (se houver)

121 - Assinatura do Testemunha (se houver)

122 - Assinatura do Testemunha (se houver)

123 - Assinatura do Testemunha (se houver)

124 - Assinatura do Testemunha (se houver)

125 - Assinatura do Testemunha (se houver)

126 - Assinatura do Testemunha (se houver)

127 - Assinatura do Testemunha (se houver)

128 - Assinatura do Testemunha (se houver)

129 - Assinatura do Testemunha (se houver)

130 - Assinatura do Testemunha (se houver)

131 - Assinatura do Testemunha (se houver)

132 - Assinatura do Testemunha (se houver)

133 - Assinatura do Testemunha (se houver)

134 - Assinatura do Testemunha (se houver)

135 - Assinatura do Testemunha (se houver)

136 - Assinatura do Testemunha (se houver)

137 - Assinatura do Testemunha (se houver)

138 - Assinatura do Testemunha (se houver)

139 - Assinatura do Testemunha (se houver)

140 - Assinatura do Testemunha (se houver)

141 - Assinatura do Testemunha (se houver)

142 - Assinatura do Testemunha (se houver)

143 - Assinatura do Testemunha (se houver)

144 - Assinatura do Testemunha (se houver)

145 - Assinatura do Testemunha (se houver)

146 - Assinatura do Testemunha (se houver)

147 - Assinatura do Testemunha (se houver)

148 - Assinatura do Testemunha (se houver)

149 - Assinatura do Testemunha (se houver)

150 - Assinatura do Testemunha (se houver)

151 - Assinatura do Testemunha (se houver)

152 - Assinatura do Testemunha (se houver)

153 - Assinatura do Testemunha (se houver)

154 - Assinatura do Testemunha (se houver)

155 - Assinatura do Testemunha (se houver)

156 - Assinatura do Testemunha (se houver)

157 - Assinatura do Testemunha (se houver)

158 - Assinatura do Testemunha (se houver)

159 - Assinatura do Testemunha (se houver)

160 - Assinatura do Testemunha (se houver)

161 - Assinatura do Testemunha (se houver)

162 - Assinatura do Testemunha (se houver)

163 - Assinatura do Testemunha (se houver)

164 - Assinatura do Testemunha (se houver)

165 - Assinatura do Testemunha (se houver)

166 - Assinatura do Testemunha (se houver)

167 - Assinatura do Testemunha (se houver)

168 - Assinatura do Testemunha (se houver)

169 - Assinatura do Testemunha (se houver)

170 - Assinatura do Testemunha (se houver)

171 - Assinatura do Testemunha (se houver)

172 - Assinatura do Testemunha (se houver)

173 - Assinatura do Testemunha (se houver)

174 - Assinatura do Testemunha (se houver)

175 - Assinatura do Testemunha (se houver)

176 - Assinatura do Testemunha (se houver)

177 - Assinatura do Testemunha (se houver)

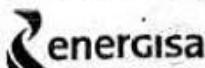
178 - Assinatura do Testemunha (se houver)

179 - Assinatura do Testemunha (se houver)

180 - Assinatura do Test

$$\rho = 49852$$





PATRÍCIA DA SILVA RODRIGUES
PROJONCTO DA SILVA JUNTO A TEREZINI
QUADRIBRA / PR / CEF 55000000 / AG 701

ENERGIA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br-200, Km 25 - Chato Reventado - João Pessoa / PB - CEP 58007-1000
CNPJ 08.065.163/0001-40 - insc. Est. 16.015.223-0

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Nº 200.514.003
Cód. para RFB: Automática: 000000004

卷之三

Scorta riferente a	Approvazione	Validità	Qta. iniziale
Set / 2019	05/09/2019	07/10/2019	047.618.142,04
			+

1960-1961: The first year of the new program, the first year of the new school, the first year of the new curriculum.

1. BIRASOCHE DE Enero a Diciembre, 1926. Precio 100 pesos L. 100.
2. 10.000 de 25 centavos.
3. JUNTA DE 300 MILMENOS DE VACUNAS. 100 pesos L.
4. 100.000 pesos L.

10. *Journal of the American Statistical Association*, 1955, 50, 311-318.

COVID-19 BING COVID-19 18 Feb 2021

CDT COMMERCIAL CREDIT CORPORATION 1111 17TH STREET, DENVER, COLORADO 80202
TOLL FREE 1-800-243-1111, 1-800-243-1112, 1-800-243-1113, 1-800-243-1114, 1-800-243-1115

12/09/2019

RESERVADO AO FISCO
2206 88ba 7b2a B827 090e 9c40 D160 9d4d.

Indicadores de Qualidade		Composição do Consumo		
Indicador	Valor	Discriminação	Valor	%
TIPO DE CONSUMO	100%	Gerador de Díaz. da Energia/FAP	13,95	16,51
TIPO DE CONSUMO	100%	Companhia de Energia	16,95	20,08
TIPO DE CONSUMO	100%	Serviço de Transmissão	0,03	0,20
TIPO DE CONSUMO	100%	Encargos Sistêmicos	43,20	52,21
TIPO DE CONSUMO	100%	Imposto Direto e Encargos	0,00	0,00
TIPO DE CONSUMO	100%	Outros Serviços	0,00	0,00
		Total	81,23	100,00

President Bill Clinton, 2000, 100-1000, 1000-1000, 1000-1000
Results 1000, 1000-1000, 1000-1000, 1000-1000, 1000-1000
Lessons learned

00190.00009 02624.912008 05794.844174 6 80100000008129
FAGADOR, PATRICIA DA SILVA RODRIGUES - CPF/CNPJ 047.018.414-04

F. J. A. JOVENTINA DA SILVA, II - STA TEREZINHA - GUARABRA / PE CEP: 58200000
Tessão Nr. Nr. Documento Data de Vencimento Valor do Documento Valor Pago

1 BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 06.096.183/0001-40

87280, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 59071-000



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2021 13:46:38
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106091346378770000042109660>
Número do documento: 2106091346378770000042109660

Num. 44291860 - Pág. 8

Declaração do Proprietário do Veículo

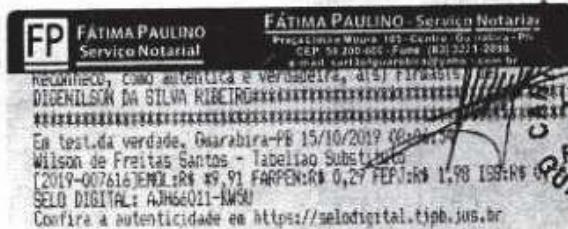
Eu, DIGENILSON DA SILVA RIBEIRO,
RG nº 2188 763, data de expedição 21/03/1995
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 02 66 494866, com
domicílio na cidade de GUARABIRA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA BRASIL, nº 441,
complemento 5001, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado 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, 11X2550BROS Mix RS
Ano: 2010
Placa: N 83 48361 PB
Chassi: 9C0K D03304R009853
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]

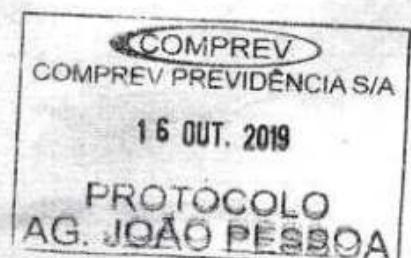


103º OFÍCIO
Praça
Lima e Moura, 105
Centro
Fone: (83) 3271-2000
GUARABIRA/PB



P=49852





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2021 13:46:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060913463787700000042109660>
Número do documento: 21060913463787700000042109660

Num. 44291860 - Pág. 11



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2021 13:46:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060913463787700000042109660>
Número do documento: 21060913463787700000042109660

Num. 44291860 - Pág. 12

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE INSCRIÇÃO DE VEÍCULOS
1ºM 00219520199-4 0070000000 2018

DIGENILSON DA SILVA RIBEIRO

02664948466 Cogni	NQB4816/PB	
NOVOCAR M/T/PS	FC2KD0530AR009851	
PAST/MOTOCICLETA/APLIC		AL087K501
HECTARENTE/PROPRIETÁRIO	RTX X5	2018
208/21457071	PARTIC	PRETA
COTA UNICA	00700700000	1º VENC/ COTA UNICA
P	0	2º
V	0	3º
A	0	4º
PAGAMENTO DE SEGURO		30/08/2018
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		RESERVA
0		
IGUARABIRA - PB - Local		14834
36633		14834

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VEÍCULOS DE TRANSPORTE DE PESSOAS, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - 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

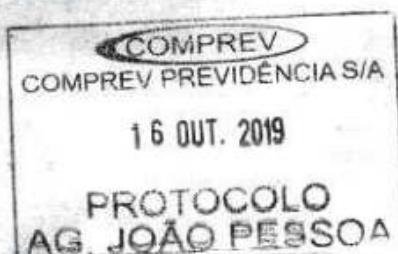
SAC DPVAT 0800 022 1204

2018	30/08/2018	PLACA
1	02664948466	NQB4816/PB
0211520194	1000DA/XXR157	BR05 NIK KS
2018	05/2019	IP. CHASS
922KD0530AR009851		
PRÉMIO TARIFÁRIO		
*****	*****	*****
*****	*****	*****
*****	*****	*****
CUSTO DO SEGURO (R\$)		INSCRIÇÃO SEGURO (R\$)
CUSTO DO SEGURO (R\$)		16/08/2018
PAGAMENTO		SEGURADO
COTA UNICA		PAGAMENTO
		DATA DE COTAÇÃO
		30/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

www.seguradoralider.com.br

14834-0930371-20180830



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____	CPF DA VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____	
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO	
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA	() REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEESCO COM A VÍTIMA É
ENDERECO 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 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 CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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)
- () MORTO = R\$ 15.500,00
- () INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 15.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE
- () DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- () DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- () 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODORA
DATA <u>16/10/2019</u>	DATA _____
IDENTIDADE <u>2711685</u>	NOME _____
ASSINATURA <u>Paulo Henrique dos Santos</u>	

VÍTIMA _____	CPF DA VÍTIMA _____
DATA DO ACIDENTE _____	
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO	
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA	() REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEESCO COM A VÍTIMA É
ENDERECO DO PORTADOR:	
Nº _____ COMPLEMENTO _____	Bairro _____
Cidade _____	UF _____ CEP _____
E-MAIL _____	Telefone (_____)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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)
- () MORTO = R\$ 15.500,00
- () INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 15.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE
- () DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- () DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- () 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2021 13:46:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060913463787700000042109660>
Número do documento: 21060913463787700000042109660

Num. 44291860 - Pág. 15

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 médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

PAUL HENRY DE SOUZA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2021 13:46:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060913463787700000042109660>
Número do documento: 21060913463787700000042109660

Num. 44291860 - Pág. 16



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 nexo 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 inexiste nexo 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 nexo 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.

POR TANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO 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 SUPORTADO 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.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2021 13:46:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060913463832400000042109663>
Número do documento: 21060913463832400000042109663

Num. 44291863 - Pág. 1

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/06/2021 13:46:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060913463832400000042109663>
Número do documento: 21060913463832400000042109663

Num. 44291863 - Pág. 2