



10/09/2020

Número: **0804371-58.2019.8.15.0181**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Cejusc I - Cível - Guarabira - FPL/UEPB**

Última distribuição : **24/12/2019**

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)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34142 264	10/09/2020 10:05	2747633_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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)





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

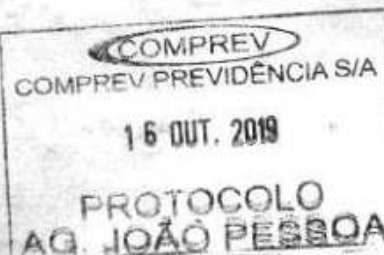
Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

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): 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:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 10:05:02

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091010050247100000032655966

Número do documento: 20091010050247100000032655966

Num. 34142264 - 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: 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
- 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 TRABALHO
() OUTROS TIPOS DE LESÕES POR ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - Descrição

ATENDIMENTO MÉDICO
- RADIOGRAFIA (S)
- IMOBILIZAÇÃO ORTOPÉDICA

Resul. exame físico normal

DIAGNÓSTICO:

Pate. de peso 10, em 5 meses 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
03	01	00	00	00	00	00	00	00	00
03	01	00	00	00	00	00	00	00	00
03	01	00	00	00	00	00	00	00	00
03	01	00	00	00	00	00	00	00	00
03	01	00	00	00	00	00	00	00	00
03	01	00	00	00	00	00	00	00	00
03	01	00	00	00	00	00	00	00	00
03	01	00	00	00	00	00	00	00	00
03	01	00	00	00	00	00	00	00	00

Dr. Mathias Mozart
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 10.156
CBO: 225270

CRM:

CBO: 225270

CNS:

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL:

Patricia Rodrigues

OU POLEGAR DIREITO

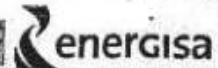
ASS. DO REVISOR TÉCNICO - Carimbo

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - Carimbo



PATRICIA DA SILVA RODRIGUES
RUA JOVENTINA DA SILVA, 81 - STA TEREZINHA
GUARABIRA / PB CEP: 56200-000 (A-77)

Ligação MONOFÁSICO
Clas/Sec: RES MTC 81 / RESIDENCIAL - BAXA RENDA
Rutens: 1-22-27-8129 Referência Set/2019
Medidor 00000528462 Emissão: 05/09/2019



ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
8/230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880
CNPJ 08.086.180/0001-40 - Ins. Est. 18.015.829-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº000 514622
Chl. sem Dst. Autônomo: 00000506488

Atendimento 24h: 0800 089 8796

Conta Referência	Apresentação	Data de Emissão	Valor da Conta
Set/2019	05/09/2019	07/10/2019	R\$ 81,23

Endereço: Rua Joventina da Silva, 81 - Sta Terezinha - Guarabira - PB

Tipos de Serviço de Energia Elétrica: Tensão Nominal: 127V/220V
Frequência: 60Hz
Potência Nominal: 1000VA
Medidor: 00000528462
Tipo de Medição: Monofásico

Cidade	Estado	Código	UF
Guarabira	PB	56200	PB

Descrição	Valor	%
Consumo de Energia Elétrica	12,85	15,81
Imposto de Consumo	18,56	22,85
Imposto de Transmissão	2,23	2,75
Imposto de Distribuição	43,94	53,99
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	81,23	100,00

Valor do Bico (Ref. 7/2019): R\$ 25,82

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

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia Elétrica	12,85	15,81
Compra de Energia	18,56	22,85
Serviço de Transmissão	2,23	2,75
Imposto de Distribuição	43,94	53,99
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	81,23	100,00

Valor do Bico (Ref. 7/2019): R\$ 25,82

TIANCO DO BRASIL - PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

(0190.00008 02624.912008 05794.844174 6 80100000008123)

AGADORE: PATRICIA DA SILVA RODRIGUES - CPF/CNPJ: 041.018.414-04

JA JOVENTINA DA SILVA, 81 - STA TEREZINHA - GUARABIRA / PB CEP: 56200000

Tipo de Documento: 000050046201908

Data de Vencimento: 12/09/2019

Valor do Documento: R\$ 81,23

Valor Pago: 0,00

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A CNPJ 08.086.180/0001-40

8/230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880

Agência / Código do beneficiário: 3064-3/2447-3

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2020 10:05:02

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091010050247100000032655966

Número do documento: 20091010050247100000032655966



Número do documento: 20091010050247100000032655966

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: 9CJH D0530DR009853
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
Praça João Pessoa, 105 - Centro - Guarabira - PB
CEP: 55.200-000 - Fone: (31) 3271-2090
e-mail: fatima@fatimapaolino.com.br

Declaração, como autêntica e verdadeira, de: DIGENILSON DA SILVA RIBEIRO
Em test. da verdade, Guarabira-PB 15/10/2019 10:05:02
Wilson de Freitas Santos - Tabelião Substituto
(2019-007616) JEMLRN X9, 91 FARPEN:R 0,27 FEPJ:R 1,90 ISS:R 0,00
SELO DIGITAL: AJH64021-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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 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 TRÂNSITO
AUTOMOBILÍSTICO DO BRASIL

PAUL HENRY DE SOUZA

1631823683

06821421271

28/12/2023

08/07/2013

PARAIBA

10/01/2018

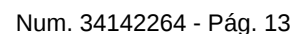
68108669888

PM035887364

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 OUT. 2019



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



IDENTIFICAÇÃO

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

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 CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DA AUTORIDADE DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO DO HOSPITAL DO LAUDO DO IML DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA PERMANENTE
) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIAS SIMPLES E LEGÍVEL)
) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS TÍTULOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

OS TÍTULOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE DO 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)
- () 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)

1088- REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA 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 VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO 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)
- () COMPONENTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPONENTE 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 CONSIDEREM 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 HABILITACÃO (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: o representante legal é quem representa a vítima menor de 0 a 15 anos. Pode ser pai ou mãe.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- * INVALIDEZ PERMANENTE = ATE R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRADIDADE
 - * MORTUE = R\$ 25.000,00
 - * 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO-ENTREGUE

DATA 4/21/2019

IDENTIDADE 2711685

ASSINATURA *Boul Boul Boul Boul Boul*

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA-

DATA

WOMEN

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

