



Número: **0802904-09.2020.8.15.0731**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **16/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA (AUTOR)	RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47357 935	19/08/2021 12:43	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
47357 947	19/08/2021 12:43	<a href="#"><u>2751140_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
47357 948	19/08/2021 12:43	<a href="#"><u>2751140_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

## ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/08/2021 12:43:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081912431511100000044973760>  
Número do documento: 21081912431511100000044973760

Num. 47357935 - Pág. 1

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLF 9 HOSPITALAR MANGABETRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58054-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 246294 Atd: Nao Regulaç  
Data: 18/07/2019  
Hora: 21:16:34  
Repcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA

Num. Prontuario: 2019.07.002245

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2963237 Fone: 987035354

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 26/08/1982 Id: 36 ano(s)

End.: RUA MANOEL JOSE NOGUEIRA, 168CONT. 982112854

Bairro: RENASCER Cidade: CABEDELO UF :PB

Mae: JOSEFA VERISSIMO DE SOUZA

Pai: MESSIAS ALVES DE SOUZA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PINTOR SEM ESPECIFICACAO (SEM CURSO SUPERIOR) Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Respi: IRMAO JOAO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: CORPO DE BOMBEIROS

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO NO BESSA/COND.

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Vomito	

SAO MOTO X CARRO NEGA VOMITO

*Coliseo ceno + meto*

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Paciente relata coliseo ceno + meto, uso de copacete, com  
trauma na perna (E). Nega perda de consciencia, TCE Traume  
Toraco, abdominal e pelvic. Ao exame deformidade na  
perna (E).

Diagnostico | Conduta

*Fractura de Tíbia. Fibula*

*ORx de perna (E)*

Prescriçao

| Horario da medicacao

*Analgesicos de  
Dolore e*

*Dr. Paulo Marques S. Jún.  
Carnaval-Gato  
CRM-PB 9189  
CRN 700507776880268*



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04914

CONTA: 000130004665-7

---

Nr. da Autenticação F7EEBBF0BFD0A96B



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/08/2021 12:43:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081912431549700000044973769>  
Número do documento: 21081912431549700000044973769

Num. 47357947 - Pág. 2

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via da conta.

Rua ou para sempre pagamento da nota foi piorada de energia Juntas - Nº 036.480.730



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R- 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Inscrição Estadual: 15.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

JOAO VERISSIMO DE SOUZA  
RUA MANOEL JOSE NOGUEIRA 168  
CABEDELO

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/697464-6

REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
DEZ/2019	27/12/2019	132	07/01/2020	R\$ 123,98

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 08/01/2020

Pagador: JOAO VERISSIMO DE SOUZA CNPJ/CPF: 050.471.324-80

RUA MANOEL JOSE NOGUEIRA 168 - RENASCER - CABEDELO / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago:
26249120010272327	000697464201912	07/01/2020	R\$ 123,98	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

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

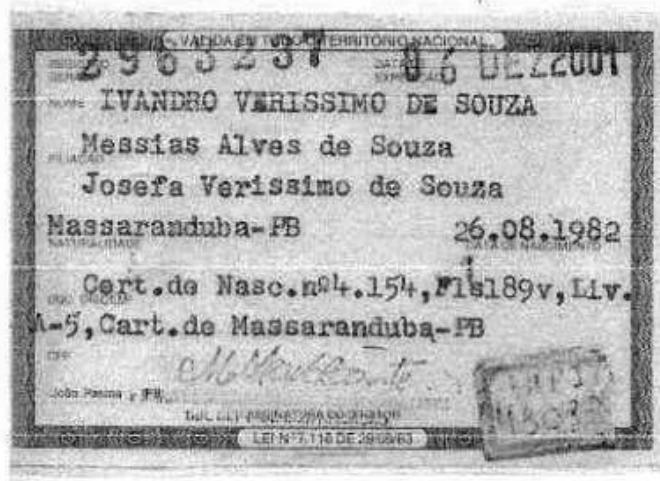


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/08/2021 12:43:15

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081912431549700000044973769>

Número do documento: 21081912431549700000044973769

Num. 47357947 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/08/2021 12:43:15  
<http://pj.e.tjb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108191243154970000044973769>  
Número do documento: 2108191243154970000044973769

Num. 47357947 - Pág. 4



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/08/2021 12:43:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081912431549700000044973769>  
Número do documento: 21081912431549700000044973769

Num. 47357947 - Pág. 5

## INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

**QFN2957****2019**

\*\*\*\*\*

**Imprimir Consulta**

<b>QFN2957</b>		Último Licenciamento: <b>2019</b>
Proprietário: *****		
Placa: <b>QFN2957</b>		
Combustível: <b>ALCO/GASOL</b>		
Marca/Modelo: <b>HONDA/NXR160 BROS</b>		
<b>ESDD</b>		
Espécie/Tipo: <b>PASSA / MOTOCICLETA</b>		
Ano de Fabricação: <b>2016</b>		
Ano Modelo: <b>2016</b>		
Categoria: <b>PARTICULAR</b>		
Cor Predominante: <b>VERMELHA</b>		
Vencimento Licenciamento: <b>30/09/2020</b>		
Observação:		
Restrição: <b>ALIENACAO FIDUCIARIA</b>		
Financeira: #####		
Município: <b>CABEDELO</b>		
Situação: <b>EM CIRCULACAO</b>		
Data da Consulta: <b>21/01/2020</b>		
<b>PASSA / MOTOCICLETA</b>	<b>ALCO/GASOL</b>	
<b>HONDA/NXR160 BROS</b>	<b>2016</b>	<b>2016</b>
<b>ESDD</b>		
<b>PARTICULAR VERMELHA</b>		
<b>30/09/2020</b>		
<b>ALIENACAO FIDUCIARIA</b>		
<b>CABEDELO</b>	<b>21/01/2020</b>	



## - IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA	DATA DO ACIDENTE	CPF DA VÍTIMA
<b>PORTEADOR DA DOCUMENTAÇÃO</b>		
QUALIFICAÇÃO DO PORTEADOR	( <input type="checkbox"/> VÍTIMA	( <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL) CUID PARANÁSCO COM A VÍTIMA É _____
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)
- ( CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

- ( LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ( BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## - DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

## INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( CARTERA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO 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, QUIETADAS, INDAS, FISCAIS, ORIGINAIS E LEGÍVEIS ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECIBUÍDO O 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, TAIIS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO 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 VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- \* Morte = R\$ 13.500,00
- \* Invalidez permanente - Até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com tabela de seguro prevista na Lei 6.194/74.
- \* Despesas médicas (DAMS) = Reembolso até R\$ 2.700,00 (reembolsos), 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 leg. Súcão em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como o listado neste formulário
- \* Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue o número SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA _____	DATA _____
IDENTIDADE _____	IDENTIDADE _____
ASSINATURA _____	ASSINATURA _____

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3200042769 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: IVANDRO VERRISSIMO DE SOUZA Data do acidente: 18/07/2019 Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 3/4\_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035979/20

**Vítima:** IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA

**CPF:** 051.867.674-92

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/07/2019

**Titular do CPF:** IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA : 051.867.674-92**

- 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/01/2020  
Nome: IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA  
CPF: 051.867.674-92

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/01/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/08/2021 12:43:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081912431549700000044973769>  
Número do documento: 21081912431549700000044973769

Num. 47357947 - Pág. 9



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

Rio de Janeiro, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200042769 Vítima: IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA

Data do Acidente: 18/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

## **SCHRIJFNAAM (VAN DELEGEERD)**

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

Carta n° 15433138



Pág. 00501/00502 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/08/2021 12:43:15  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2108191243154970000044973769>  
Número do documento: 2108191243154970000044973769

Núm. 47357947 - Pág. 10



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:  
051-867-674-92 Jandréu Juvêncio 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:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD): (83) 9 8708 8728		

Jandréu Juvêncio de Souza  
Recuso  
Renascer  
Manoel José Nequira  
Cobedelo  
PIB  
58100000

### 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 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 DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: 4914 CONTA: 04665 7

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pela 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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  Não 29 - Se tinha filhos, informar quantos filhos:  Sim  Não 30 - Vítima deixou nascituro (velhozinho):  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos:  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 - 18 | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 24 | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/08/2021 12:43:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081912431549700000044973769>  
Número do documento: 21081912431549700000044973769

Num. 47357947 - Pág. 12



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



**DADOS DO ACIDENTE**

Nº BOAT 0532 - 2019	Responsável pelo Levantamento do Acidente: <b>FABRÍCIO JOSÉ DE ALMEIDA</b>				Posto/Graduação: <b>CB/PM</b>	
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: <b>Av. Paulo Roberto de Souza</b>	Hora <b>17:50</b>	Bairro <b>Bessa</b>	Município: <b>João Pessoa</b>	UF <b>PB</b>		
Data da Ocorrência <b>18/07/2019</b>	Dia da Semana <b>Quinta-Feira</b>	C/S Vítima (QT) <b>Com (01)</b>	Tipo de Acidente <b>Col. Lateral</b>	Tipo de pavimento <b>Asfalto</b>	Condições da Pista <b>Seca</b>	
Condições do Tempo <b>Bom</b>	Envolvidos no acidente (Quantidade) <b>02 Veículos</b>		Controle do tráfego <b>Placa Pare na Via B</b>			

**CONDUTOR 01**

Nome <b>Ivandro Verissimo de Souza</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>26/08/1982</b>	RG <b>2963237</b>
---	--------------------------	---------------------------------	----------------------

Endereço  
**Rua Juiz Alfredo da Nobrega de Freitas, 449, Bessa, João Pessoa, PB – Tel.(083)98211-2854**

1ª Habilitação <b>23/03/2009</b>	Categoria <b>AB</b>	Registro CNH N.º <b>04585264153</b>	U.F. <b>PB</b>	Ex.méd./Dia <b>Sim</b>	Data Vencimento <b>03/10/2023</b>	Usava cinto	Usava Capacete
-------------------------------------	------------------------	--	-------------------	---------------------------	--------------------------------------	-------------	----------------

Exame de Embriaguez Alcoólica  
**Sim (0,00 mg/l)** Destino do Condutor  
**Socorrido ao Hospital de Trauma**

**VEÍCULO 01**

Marca/Modelo <b>Honda Bros</b>	Espécie <b>Motocicleta</b>	Placa <b>QFN-2957</b>	Categoria <b>Particular</b>	Município <b>Cabedelo</b>	U.F. <b>PB</b>
-----------------------------------	-------------------------------	--------------------------	--------------------------------	------------------------------	-------------------

Nome do Proprietário  
**Genilson Verissimo de Souza**

Seguradora <b>DPVAT</b>	Bilhete N.º <b>014201132834</b>	Renavan N.º <b>0109189667-7</b>	Data da Emissão <b>03/09/2018</b>
----------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

Condições do Veículo Antes do Acidente  
**Nada constatado**

**VERSÃO DO CONDUTOR 01**

Condutor declarou que: Transitava no sentido Pio XI/Intermares, no lado direito da Via A, quando ao seguir seu fluxo normal o V2 que transitava no sentido contrário convergiu para a esquerda para entrar na Via B, e colidiu na lateral esquerda do seu veículo.

**CONDUTOR 02**

Nome <b>Laurentino Caetano Miranda</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>26/12/1971</b>	RG <b>1175315</b>
---	--------------------------	---------------------------------	----------------------

Endereço  
**Av. Caampo Sales, 910, Bessa, João Pessoa, PB – Tel.(083)99843-6020**

1ª Habilitação <b>10/02/1995</b>	Categoria <b>AB</b>	Registro CNH N.º <b>01812664203</b>	U.F. <b>PB</b>	Ex.méd./Dia <b>Sim</b>	Data Vencimento <b>16/06/2022</b>	Usava cinto	Usava Capacete
-------------------------------------	------------------------	--	-------------------	---------------------------	--------------------------------------	-------------	----------------

Exame de Embriaguez Alcoólica  
**Sim (0,00 mg/l)** Destino do Condutor  
**Permaneceu no local**

**VEÍCULO 02**

Marca/Modelo <b>VW Gol</b>	Espécie <b>Automovel</b>	Placa <b>QFE-3358</b>	Categoria <b>Particular</b>	Município <b>João Pessoa</b>	U.F. <b>PB</b>
-------------------------------	-----------------------------	--------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------

Nome do Proprietário  
**Erania Roberta da Costa L. B. ME**

Seguradora <b>DPVAT</b>	Bilhete N.º <b>014201194961</b>	Renavan N.º <b>0101608699-4</b>	Data da Emissão <b>22/08/2019</b>
----------------------------	------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

Condições do Veículo Antes do Acidente  
**Nada constatado**

**VERSÃO DO CONDUTOR 02**

Condutor declarou que: Transitava sentido Intermares/Pio XI no lado direito da Via A, quando parou, visualizou e constatou que não transitava veículo no momento em que sinalizou e convergiu para a Via B, no instante em que o V1 colidiu na frente do seu veículo.

ESTA FOLHA DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA FICA MENSALMENTE CONSOLIDADA NO FIM DE CADA MÊS.  
DATA: 29/10/2019

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRENCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO - B- VÍTIMA 01			
Nome <b>Ivandro Verissimo de Souza</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Nascimento <b>26/08/19</b>	Endereço <b>Rua Juiz Alfredo da Nobrega de Freitas, 449, Bessa, João Pessoa, PB – Tel.(083)982</b>
Condição da Vítima <b>Condutor</b>	Conduzida Para <b>Hospital de Trauma</b>	Usava Cinto	
<b>CONSTATADO</b>			
Constatado quando do levantamento que: O acidente se deu na Via A no sentido em que dois condutores fizeram o teste de etilômetro, dando 0,00 mg/l como resultado; veículo ficou esperando a VTR do SAMU para ser socorrido.			
João Pessoa – PB, 12 de Agosto de 2019			
<b>FABRÍCIO JOSÉ DE ALMEIDA CB PM</b> Responsável pelo Levantamento			



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



**CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0532 - 2019**

**DANOS NO V1**

Marca/Modelo: <b>Honda Bros</b>	Placa: <b>QFN-2957</b>	Responsável pelo Preenchimento: <b>CB Fabricio</b>	Data: <b>18/07/2019</b>
------------------------------------	---------------------------	---	----------------------------

**MOTOCICLETA**

**PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE**

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

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA.

**AVALIAÇÃO POR DANO:**

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

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

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

**DANOS NO V2**

Marca/Modelo: <b>VW Gol</b>	Placa: <b>QFF-3358</b>	Responsável pelo Preenchimento: <b>CB Fabricio</b>	Data: <b>18/07/2019</b>
--------------------------------	---------------------------	---	----------------------------

**AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE**

**PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE**

Item	Nome da Peça	Avaliação			Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA		Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo	x			12 Longarina traseira esquerda		x	
02	Longarina dianteira esquerda	x			13 Assoalho porta malas ou caçamba		x	
03	Caixa de roda dianteira esquerda	x			14 Longarina traseira direita		x	
04	Estrutura da soleira esquerda	x			15 Caixa de roda traseira direita		x	
05	Air Bags frontais	x			16 Estrutura da coluna traseira direita		x	
06	Air Bags laterais	x			17 Estrutura da soleira direita		x	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda	x			18 Estrutura da coluna central direita		x	
08	Estrutura da coluna central esquerda	x			19 Estrutura da coluna dianteira direita		x	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda	x			20 Assoalho central direito		x	
10	Caixa de roda traseira esquerda	x			21 Caixa de roda dianteira direita		x	
11	Assoalho central esquerdo	x			22 Longarina dianteira direita		x	
Total Geral (Sim + NA)						00		

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA.

**AVALIAÇÃO POR DANO:**

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 → DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 → DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 → DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa-PB, 12 de Agosto de 2019.

**FÁBRÍCIO JOSÉ DE ALMEIDA CB PM**

Responsável pelo Levantamento

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/08/2021 12:43:15  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081912431549700000044973769  
Número do documento: 21081912431549700000044973769  
Data: 20/08/2019





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0532/ 2019

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)

TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)

LATERAL ESQUERDA (V2)



EM 19/08/2019  
Assinado por:

Código de Consulta: 21081912431549700000044973769  
Data: 29/08/2019

Fábio José de Almeida Ch PM  
Responsável pelo Levantamento





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0532/ 20

FOTOS DO V1

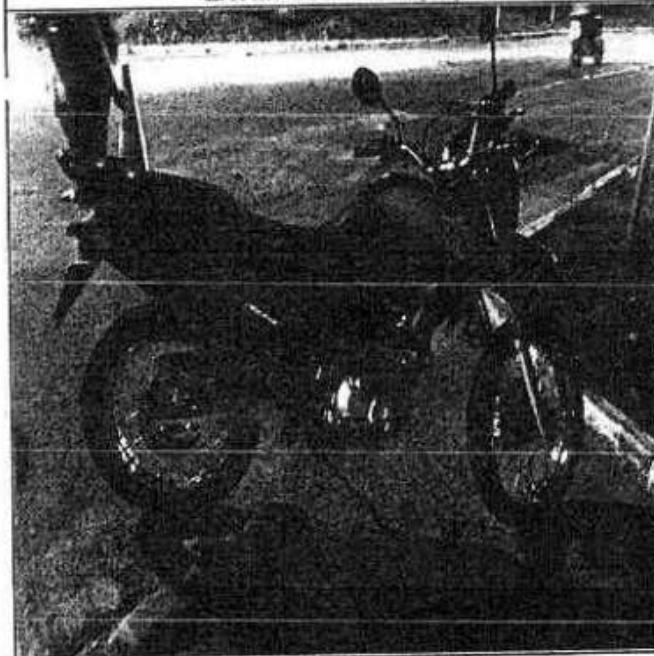
FRENTE (V1)



TRASEIRA



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



Cópia de e-mail fornecida com o Original  
Data: 29/08/2019

Fábio José de  
Responsável pelo





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

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

5 - Nome completo:  6 - CPF:

7 - Profissão:  8 - Endereço:  9 - Número:  10 - Complemento:

11 - Bairro:  12 - Cidade:  13 - Estado:  14 - CEP:

15 - E-mail:

### 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 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 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)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:  CONTA:  7 AGÊNCIA:  CONTA:  7

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pela 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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  Não 29 - Se tinha filhos, informar quantos filhos:  Sim  Não 30 - Vítima deixou herdeiros (filhos/nascer):  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos:  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim  Não pais/avós vivos?  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 - 18 | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 24 | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/08/2021 12:43:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081912431549700000044973769>  
Número do documento: 21081912431549700000044973769

Num. 47357947 - Pág. 19



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

Processo n.º 08029040920208150731

**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 **IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Dianete da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CABEDELO, 17 de agosto 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.joaoarbosaadvass.com.br](http://www.joaoarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/08/2021 12:43:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081912431591900000044973770>  
Número do documento: 21081912431591900000044973770

Num. 47357948 - Pág. 1

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosadvass.com.br](http://www.joaobarbosadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/08/2021 12:43:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081912431591900000044973770>  
Número do documento: 21081912431591900000044973770

Num. 47357948 - Pág. 2