



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
47357935	19/08/2021 12:43	<a href="#">Petição</a>	Petição
47357947	19/08/2021 12:43	<a href="#">2751140_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
47357948	19/08/2021 12:43	<a href="#">2751140_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

ANEXO



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABETRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 246294 Atd: Nao Regular  
Data: 18/07/2019  
Hora: 21:16:34  
Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA  
Clínica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA

Num. de vezes atendido: 1

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, 168 CONT. 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:

Resp.: 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 violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Queixa Principal

COLISAO MOTO X CARRO NEGA VOMITO

*Colisao carro x moto*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Paciente relatou colisao carro x moto, uso de capacete, com trauma na perna (E). Negou perda de consciencia, TCE, Trauma Toracico, abdominal e pelvico. Ao exame demonstrado na perna (E).*

Diagnostico

Conduta

*Fratura de Tibia e Fibula*

*DRx de perna (E)  
2 Anestesia de  
Algodao*

Prescricao

Horario da medicacao

Dr. Paulo J. Marques S. Jr.  
Cirurgião Geral  
CRM-PB 9189  
CNS 700507776880256



# 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

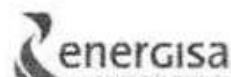


# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via do boleto.

Regras para sempre pagamento da nota fiscal de energia elétrica Nº 006.480.730.



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R- 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Ins. Est. 15.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

JOAO VERISSIMO DE SOUZA  
RUA MANOEL JOSE NOGUEIRA 166  
CABEDELO

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/697464-6

### REFERÊNCIA

DEZ/2019

### APRESENTAÇÃO

27/12/2019

### CONSUMO

132

### VENCIMENTO

07/01/2020

### TOTAL A PAGAR

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 166 - 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 PARAIBA 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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2565231 06 022001

NOME: **IVANDRO VERÍSSIMO DE SOUZA**

**Messias Alves de Souza**

**Josefa Veríssimo de Souza**

**Massaranduba-PB** **26.08.1982**

Cert. de Nasc. nº 4.154, Fls 189v, Liv. A-5, Cart. de Massaranduba-PB

JOÃO PASSINI - PB

LEI Nº 7.115 DE 28-06-83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA **DI-P.82**

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

*Ivandro Veríssimo de Souza*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
AUTORIDADE NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

IB  
P

IVANDRO VERÍSSIMO DE SOUZA

DOC IDENTIFIC / DATA EMISSÃO / PD  
2963237 / SSP / PB

CPF / DATA NASCIMENTO  
051.867.674-92 / 26/08/1982

RENÇÃO  
MESSIAS ALVES DE SOUZA  
JOSEFA VERÍSSIMO DE SOUZA

PERMIAÇÃO / REC / CATEGORIA  
[ ] / [ ] / AB

RECISO / VALOR / 1ª EMISSÃO  
04598864153 / 03/10/2023 / 23/03/2009

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
1660824642

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
CONSELHO DE FISCOS FISCALIS

**CPF**

Conselho de Fisco Fiscalis  
Número de inscrição  
051.867.674-92

Nome  
IVANDRO VERÍSSIMO DE SOUZA

Nascimento  
26/08/1982



## INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

QFN2957

2019

\*\*\*\*\*

Imprimir Consulta

QFN2957

Último Licenciamento: 2019

Proprietário: \*\*\*\*\*

Placa: QFN2957

Combustível: ALCO/GASOL

Marca/Modelo: HONDA/NXR160 BROS

ESDD

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2016

Ano Modelo: 2016

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: VERMELHA

Vencimento Licenciamento: 30/09/2020

Observação:

Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA

Financeira: \*\*\*\*\*

Município: CABEDELO

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 21/01/2020

PASSA / MOTOCICLET

ALCO/GASOL

HONDA/NXR160 BROS

2016 2016

ESDD

PARTICULAR VERMELHA

30/09/2020

ALIENACAO FIDUCIARIA

CABEDELO

21/01/2020







Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

### IDENTIFICAÇÃO

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

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

### DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA 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 DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE 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, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

### DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

OBS: 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 CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO DO 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 CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00

• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.

• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

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

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

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

DATA

IDENTIDADE

NOME

ASSINATURA

*Suelio Moreira Torres*

*Suelio*

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200042769 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IVANDRO VERISSIMO 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

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

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

**CPF de:** Próprio

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

### 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

IVANDRO VERISSIMO DE SOUZA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





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

Senhor(a), IVANDRO VERISSIMO 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 15433138

Pag. 00501/00502 - carta\_01 - INVALIDEZ



# 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: 051-867.674-92 4 - Nome completo da vítima: Stanimir Verissimo 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: Stanimir Verissimo de Souza 6 - CPF: 051 867 674-92  
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Momel Jose Noqueira 9 - Número: 188 10 - Complemento: COXA  
11 - Bairro: Renascer 12 - Cidade: Cobedelo 13 - Estado: PIB 14 - CEP: 5810000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 987088128

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\$1.00 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) ☐ Itau (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 4914 CONTA: 04665 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 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 (assinale uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda 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 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 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) ☐ Divorçado ☐ 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 (el nascor)? ☐ 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 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 - 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 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa 21-01-20  
x Stanimir Verissimo de Souza  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019









POLÍCIA 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 <b>0532 - 2019</b>	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>
Condições do Tempo <b>Bom</b>	Envolvidos no acidente (Quantidade) <b>02 Veículos</b>	Condições da Pista <b>Seca</b>
Tipo de Acidente <b>Col. Lateral</b>		Tipo de pavimento <b>Asfalto</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 <b>Rua Juiz Alfredo da Nobrega de Freitas, 449, Bessa, João Pessoa, PB – Tel.(083)98211-2854</b>			
1ª Habilitação <b>23/03/2009</b>	Categoria <b>AB</b>	Registro CNH N.º <b>04585264153</b>	U.F. <b>PB</b>
Exame de Embriaguez Alcoólica <b>Sim (0,00 mg/l)</b>	Ex.méd./Dia <b>Sim</b>	Data Vencimento <b>03/10/2023</b>	Usava cinto <b>Sim</b>
Destino do Condutor <b>Socorrido ao Hospital de Trauma</b>		Usava Capacete <b>Sim</b>	

**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 <b>Genilson Verissimo de Souza</b>					
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 <b>Nada constatado</b>					

**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 contrario 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 <b>Av. Caampo Sales, 910, Bessa, João Pessoa, PB – Tel.(083)99843-6020</b>			
1ª Habilitação <b>10/02/1995</b>	Categoria <b>AB</b>	Registro CNH N.º <b>01812664203</b>	U.F. <b>PB</b>
Exame de Embriaguez Alcoólica <b>Sim (0,00 mg/l)</b>	Ex.méd./Dia <b>Sim</b>	Data Vencimento <b>16/06/2022</b>	Usava cinto <b>Sim</b>
Destino do Condutor <b>Permaneceu no local</b>		Usava Capacete <b>Sim</b>	

**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 <b>Erânia Roberta da Costa L. B. ME</b>					
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 <b>Nada constatado</b>					

**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.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Confirmação com o Original  
EM: 29/10/2019  
*[Assinatura]*



## CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRANSITO - B-

## VÍTIMA 01


Nome	Ivandro Verissimo de Souza	Sexo	Masculino	Nascimento	26/08/1986
Endereço	Rua Juiz Alfredo da Nobrega de Freitas, 449, Bessa, João Pessoa, PB – Tel.(083)9821				
Condição da Vítima	Conduzida Para	Usava Cinto			
Condutor	Hospital de Trauma				

## CONSTATADO

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

Assinado por  
Conde de Cam  
EM: 2

  
**FABRÍCIO JOSÉ DE ALMEIDA CB PM**

Responsável pelo Levantamento







POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLÍCIAMENTO 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: **Honda Bros** Placa: **QFN-2957** Responsável pelo Preenchimento: **CB Fabricio** Data: **18/07/2019**

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	Nome da Peça	Avaliação		
		Sim	Não	NA			Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		x		05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Eixo traseiro (trícipos)		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: **VW Gol** Placa: **QFF-3358** Responsável pelo Preenchimento: **CB Fabricio** Data: **18/07/2019**

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

Item	Nome da Peça	Avaliação			Item	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.

**FABRÍCIO JOSE DE ALMEIDA CB PM**

Responsável pelo Levantamento

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/08/2021 12:43:15  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 29/08/2019





POLÍCIA 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/ 2019

FOTOS DO V2

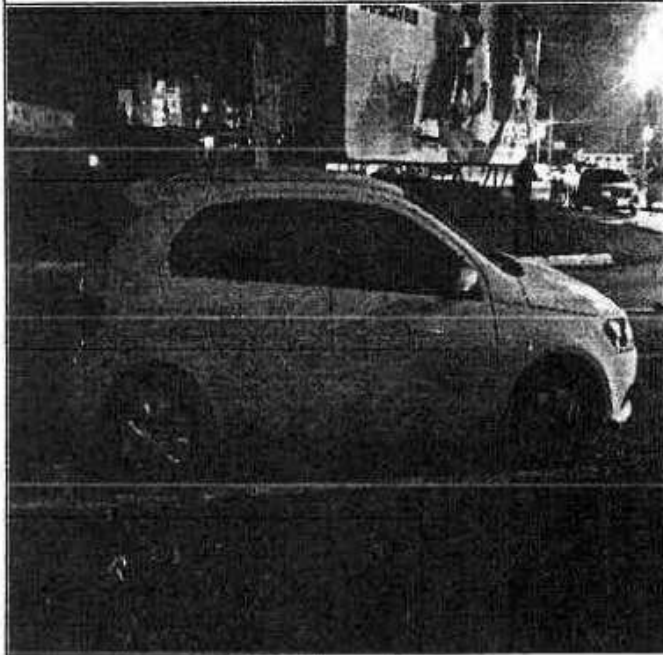
FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



EM: \_\_\_\_\_  
SINOPSE: \_\_\_\_\_

CODIGOS DE REGISTRAÇÃO DO VEÍCULO  
CM: 29/08/2019  
[Assinatura]

Fabrizio José de Almeida Ch PM  
Responsável pelo Levantamento





POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-  
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



Lotus de informação com o Original

Fls. 29/08/2019

Fabricio 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: 051-867.674-92 4 - Nome completo da vítima: Stanimir Verissimo 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: Stanimir Verissimo de Souza 6 - CPF: 051.867.674-92  
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Momel Jose Noqueira 9 - Número: 188 10 - Complemento: COXA  
11 - Bairro: Renascer 12 - Cidade: Cobedelo 13 - Estado: PIB 14 - CEP: 5810000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 987088128

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\$1.00 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) ☐ Itau (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4914 CONTA: 04665 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 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 (assinale 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 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 contestar, caso discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (el nascor)? ☐ 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 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 - Imprensa 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 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa 21-01-20  
x Stanimir Verissimo de Souza  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

V002/2019





**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.

Diante 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.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.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