



Número: **0802421-21.2019.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Itaporanga**

Última distribuição : **10/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
40495755	11/03/2021 11:01	<a href="#">Petição</a>	Petição
40495759	11/03/2021 11:01	<a href="#">2754099_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
40495762	11/03/2021 11:01	<a href="#">2754099_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2016

Carta nº: 9565179

A/C: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA

Sinistro: 3160499228 ASL-1003619/16  
Vitima: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA  
Data Acidente: 30/03/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00831/00832 - carta\_01





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2016

Carta nº: 9577214

A/C: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA

Sinistro: 3160499228 ASL-1003619/16  
Vítima: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA  
Data Acidente: 30/03/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01491/01492 - carta\_02



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2016

Carta nº: 10106905

A/C: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA

Sinistro: 3160499228 ASL-1003619/16  
Vítima: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA  
Data Acidente: 30/03/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Prezado(a) Senhor(a),

Após avaliação dos documentos que nos foram enviados, a assessoria médica verificou que os danos pessoais decorrentes do seu acidente, após o tratamento médico, não resultaram em invalidez permanente.

Como o Seguro DPVAT somente paga indenização a pessoas que tenham invalidez permanente, o seu pedido foi negado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04, ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00227/00228 - carta\_04





**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
3ª REGIÃO INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA - RISP  
17ª ÁREA INTEGRADA DE SEGURANÇA PÚBLICA - AISP - ITAPORANGA

**BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL**

Nº 331 / 2016

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO



Data do fato: 30 / Março / 2016.

HORAS:

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: GLEBERSON FERNANDES DA SILVA

**Notificante / Vítima:**

DAMIÃO TEIXEIRA DA SILVA, brasileiro, natural de Itapo-  
ranga/PB, Casado, Agricultor, nascido no dia 02/JUL/1980, filho de  
Francisco Cirilo da Silva e Maria Zilma Teixeira da Silva, portador do  
RG 36.158.806-9/SSP/SP e CPF 028.906.114-85, residente na Av. Mãe Bur-  
rego s/n centro Itaporanga/PB.

**HISTORICO DO FATO**

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao  
Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE:

Que no dia e horas acima citadas, estava circulando pela Rua Manoel Me-  
deiros Maia (centro) de Itaporanga-PB, conduzindo a moto YAMAHA/FACROR  
YBR125 E, cor Preta, ano MOD. 2010, placa NQK7716/PB e chassi 9C6KE121C  
A0043751, licenciada em nome de DAMIÃO PINTO SOUSA e naquela ocasião es-  
tava chovendo muito e terminou colidindo em um paralelepípedo que esta-  
va coberto de água, tendo perdido o controle da moto e caindo no calça-  
mento, sendo então socorrido por um veículo desconhecido. Que tem como  
testemunha o Sr. Juvenal, residente na Rua Das Flores em Itaporanga -  
PB.

*x/ Damiano Teixeira da Silva*  
Notificante / Testemunha Arrogada

Francisco Silva Rodrigues  
Escrivão de Polícia Civil  
Matrícula: 60.265-5

MEM  
SEGURANÇA  
Itaporanga, 19 / Maio / 2016.

01 AGO 2016

DPVAT/RJ





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, DAMIAO TEIXEIRA DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 36.758.806-9 EXPEDIDO POR SSP/SP EM 30/06/98 ECPF 028906114-89 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO AGRICULTORE RENDA MENSAL DE R\$ 11 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3574 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013.000.11546-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. LIMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ITAPOBANGA, 17 de MAIO de 2016.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

SEGURADORA

AGO 2016



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s obedecendo à legislação vigente na data do acidente). Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/03/2021 11:01:35

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031111013060400000038570605>

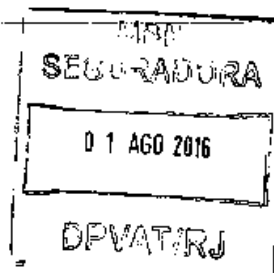
Número do documento: 21031111013060400000038570605

Num. 40495759 - Pág. 5

**CAIXA**  
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AUTO-ATENDIMENTO - CEF ITAPORANGA  
DATA: 16/05/2016 HORA: 16:28:06  
TERMINAL: 95711804 CONTROLE: 957110040342

AGENCIA: 3571 - ITAPORANGA  
CONTA: 013.00011546-6  
CLIENTE: DAMIÃO TEIXEIRA DA SILVA  
EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA





### DECLARAÇÃO

Devido à exigência da Seguradora Líder-DPVAT, de que o (a) beneficiário (a) do seguro DPVAT que possui conta bancária na CEF apresente documento do banco, declarando que a conta não possui quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT, o (a) abaixo assinado declara:

A CEF nega-se através de suas agências, a emitir tal documento. Por isso, o (a) declarante declara por si, sob sua responsabilidade, para efeitos de crédito referente à indenização do seguro DPVAT, que a conta apresentada à Seguradora Líder-DPVAT, em seu nome, não possui impedimento algum para a realização de tal depósito.

Local e data:

pb - 02/06/16

Nome:

Domício Teixeira da Silva

CPF:

028.906.114-85

Agência:

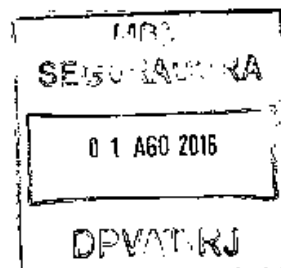
3571

Operação:

013

Conta da CEF nº:

11546-6



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Damião Seixeira da Silva, portador da carteira de identidade nº 36.158.806-9 e inscrito no CPF/MF sob o nº 028.906.474-85, residente e domiciliado na Rua Mãe Buriega, 514, Centro, Cidade Itaperanga, Estado Paraná, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

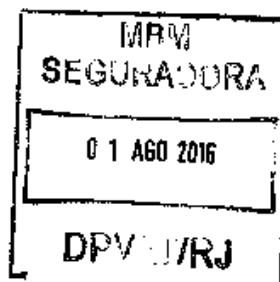
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de Impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

x/Damião Seixeira da Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Itaperanga/PB, 18/05/2016

Local e data



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DISTRIAL DE ITAPORANGA - PB FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204 CGC/CPF: 08.778.268.0016/09

NOME: HOSPITAL DISTRIAL DE ITAPORANGA

LND: RUA OSWALDO CRUZ, 183

MUNICÍPIO: ITAPORANGA ESTADO: PARAIBA UF: 25

Tipo de Atendimento: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA

Nome: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA

Raça/Cor: PARUA

Data de Nascimento: 02/07/1980 Idade: 35 anos(meses) de idade Sexo: M

Mãe: ZILMA TEIXEIRA

Profissão: PEDREIRO Documento: N.º 0

Endereço: RUA MÃE BURREGO

Bairro: CENTRO

Município/UF - CEP - 308: ITAPORANGA - PB - 58780000 - 250700

Telefone para contato (63) 9566-7390

CNS 706904166457131

CAVASTRO: 244659

Data e Hora: 30/03/2016 12:48:57

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

RESULTADOS

EXCEPCIONISTA: HDI

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

CARACTER DO ATENDIMENTO

01 - ELETIVO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO:

Medicação:

1. PRESCRITA

2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

OBSERVAÇÃO

RESIDÊNCIA

OUTRO HOSPITAL

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO/PROCEDIMENTO:

1.

2.

3.

ASS. DO(S) PACIENTE(S) ASSISTENTE(S): CARIMBO(S)

Médica

CRM 2558

MÉDICO - CRM

CBO

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

OU POLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Damiano Geisler da Silva

RG nº 36.158.806-9, data de expedição 30/06/98, Órgão SSP/SP

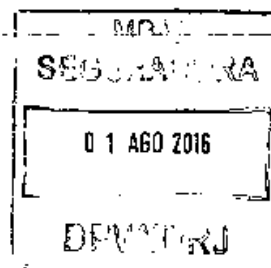
CPF nº 028.906.114-85, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Mãe Burega</u>
Número	<u>31N</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Itaperanga</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>58.780-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 999471520 / 996978811</u>
E-mail	<u>sertao.arsenaria@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Itaperanga/PB, 18/05/2016

Assinatura do Declarante: x Damiano Geisler da Silva



ERISVANDA NAMED ABILIO  
RUA MAMEBUREGA, S/N - CENTRO  
ITAPORANGA/PB CEP: 56700700 (AQ: 154)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B220, Km 25 - Cota Rodoviária - João Pessoa/PB CEP 58071-680  
Razão: 1 - 154 - 10 - 7561 Referência: Abr/2016 CNPJ: 08.026.169/0001-40 IMC: E4.130/15 B25-0  
MP: mador, 01/09/2019, 7, 6 Emissão: 04/04/2018

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Nota Fiscal Eletrônica Energia Elétrica Nº000 073249  
Código para Débito Automático: 00017805102

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1780510-2

Abr/2016

Canal de contato

Apresentação

04/04/2016

Data prevista da próxima leitura

04/05/2016

CPF/CNPJ/RANI

4244808460  
Insc. Est.

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ  
O DIA 30/03/2016 PAGAS,  
CERTIFICADAS

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 16/03/16 Leitura: 0	Data: 04/04/16 Leitura: 87	1	87	18

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	87	0,41917	36,51
Adc. p. Atividade			0,77
ICMS			10
PIS			0,2
COFINS			1,24
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			5,76

Histórico de Consumo (kWh)

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	40,07	25,00	10,02
PIS	40,07	0,5700	0,23
COFINS	40,07	2,8100	1,04

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Média das últimas 12 meses  
0 kWh

11/04/2016

R\$ 45,82

RESERVADO AO FISCO

c73a.0b47.58aa.faaa.0d71.b8c7.b577.f587.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIÁRIOS MÉDIA TRIMESTRAL MÉDIA ANUAL MÉDIA SEMESTRAL MÉDIA TRIMESTRAL MÉDIA ANUAL MÉDIA SEMESTRAL		NACIONAL CONTRATADA LIMITE INFERIOR LIMITE SUPERIOR

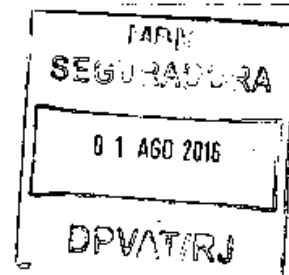
Comparação de valores de qualidade

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia PB	10,85	23,25
Companhia de Energia	10,94	23,42
Serviços de Transmissão	0,83	1,81
Encargos Sociais	2,37	5,15
Impostos Federais e Encargos	12,03	26,17
Custos Gerais	0,90	1,96
Total	48,82	100,00

VALORES EM R\$ (R\$ 0,00)

ATENÇÃO

Letra confirmada





EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS  
RUA MANOEL PEREIRA CARLA, 38 - CENTRO  
ITAPORANGA/PB CEP: 58780000 (AO, 194)

ENERGISA PARANÁ: DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
P/2014/25- C/03 Retenitor, 0807/energia/PB CEP: 58071-880  
CNPJ: 08.958.880/0001-40 ISENT 16.015-823-0

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO  
Razão: 7 - 184 - 25 - 2180  
Nº medidor: 0000208801  
Referência: Jan/2018  
Emissão: 12/02/2018  
Nº Fisco: Contrato Energia Elétrica NCCO 468 882  
Código para Débito Automático: 00000270134

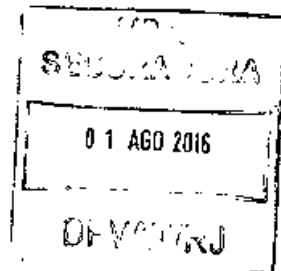
Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800.083.0196  
Acesse: [www.energia.com.br](http://www.energia.com.br)

9363 0883 6148 5-858 7526 2326 6900 6060

Conta referente a: UC (Unidade Consumidora): 5/27663-4  
Jan / 2018  
Cansl de contato  
Info sobre taxa mínima: Taxa mínima a ser paga: 15,00 e 10,00 reais

Apresentação  
13/01/2018  
Data prevista da próxima leitura  
12/02/2018

CPF / CNPJ / RANI		Cálculo de consumo				
3334 088408		Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
		Data	Leitura	Data	Leitura	
		12/12/16	8180	13/01/18	8260	30
Faturas em atraso						
FATURAS VENCIDAS ATÉ		Demonstrativo				
O DIA 08/01/2018 PAGAS?		Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)	
OBRIGADO!		Consumo em kWh	88	0,41817	22,18	
		Acc. E. Verificação			3,92	
		IMPOSTOS E ENCARGOS				



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160499228 **Cidade:** Itaporanga **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 30/03/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 28/11/2016

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO DE JOELHO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** SEM SEQUELA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO NÃO REGISTRA EVIDENCIA DE SEQUELA QUE CARACTERIZA INVALIDEZ PERMANENTE

### 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

### PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**









## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Damião Pinto Sousa

RG nº 1.529.580, data de expedição 08/01/1990

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 023.694.834-23 com domicílio na cidade de Itaperanga, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Manoel Tingulino da Silva, 1º andar nº 07, complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Damião Seisela da Silva, cujo condutor era o mesmo

Veículo: Moto

Modelo: Yamaha Factor YBR 125 E

Ano: 2010

Placa: NQK 7716/PB

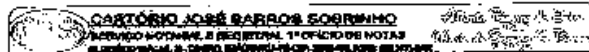
Chassi: 9C6KE121DAD043751

Data do Acidente: 30/03/2016

Local e Data: Itaperanga/PB, 17/05/2016

X Damião Pinto Sousa

Assinatura do Declarante



Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de DAMIÃO PINTO DE SOUSA,

ITAPERANGA - PB, 16 de maio de 2016.

Firmado por Maria Rodrigues Costódio da verdade

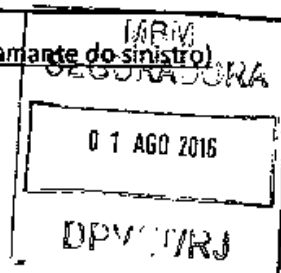
Maria Rodrigues Costódio (Escrivente)


Selo Digital - ADH78527-LX78

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



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



ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE				MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS			
<b>SUS</b>							
<b>FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>							
CÓDIGO DA UNIDADE:	2344204	CGC/CPE:	08.728.268.0018/09				
NOME:	HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA						
END:	RUA OSWALDO CRUZ, 533						
MUNICÍPIO:	ITAPORANGA	ESTADO:	PARAIBA	UF:			
Tipo de Atendimento:				ATENDIMENTO DE URGENCIA			
Nome: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA							
Idade/Cor: PARIA							
Dia(mês/ano):	02/07/1990	Idade(ano(s)):	23	mes(es) de Idade:		dia(as) de Idade:	
Mãe: ZILMA TEIXEIRA		Sexo: M					
Profissão: PEDREIRO		Documentos:					
Endereço: RUA MÃE BURGEO		Nº: 0					
Bairro: CENTRO							
Município-UF: CEP: IBGE: ITAPORANGA - PB: 58780000 - 250700							
Telefone para contato: (83) 9666-2390		CNS: 706904166457131		CADASTRO:			
Data e Hora: 30/03/2016 12:40:51				244539			
PESO:		SSVV		TEMP:		CID-10:	
PA:							
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)							
<p><i>paciente em péto</i></p> <p><i>1 por aumento de peso</i></p>							
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)							
<p><i>DM</i></p> <p><i>01 ABO 2016</i></p> <p><i>RESULTADOS</i></p> <p><i>café / 15 mg</i></p> <p><i>2 ms</i></p>							
ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL				OU PEGUEIRO DIREITO			
Assinatura: <i>Eusébio da Silva</i>				Assinatura: <i>Abdias</i>			
ASS. DO REVISOR TÉCNICO				ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO			





**CLÍNICA  
RADIOLOGICA  
DE PATOS**

Nome: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA  
Idade: 35 Anos  
Solicitante Dr(a): GAUDENCIO M. DE S. FILHO

Data: 06/05/2016

**Ressonância Magnética - Joelho:**

**ESQUERDO:**

**Técnica:** foram realizados cortes multiplanares, em seqüências SE/TSE e GE, T1, T2, STIR, sem a infusão do meio de contraste EV.

**Achados:**

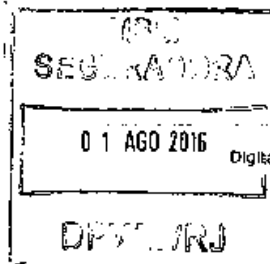
Rotura completa do ligamento cruzado posterior, em seu terço proximal.  
Rotura parcial do ligamento colateral medial, com edema periligamentar.  
Ligamentos cruzado anterior e colateral lateral íntegro.  
Edema da medular óssea no terço posterior dos côndilos femorais medial e lateral, bem como região das espinhas tibiais, de aspecto pós-contusional.  
Demais estruturas ósseas com morfologia e intensidade de sinal normais.  
Superfícies condrais preservadas.  
Meniscos sem anormalidades.  
Tendão quadríceps e ligamento patelar sem alterações.  
Moderado derrame articular.  
Edema da gordura infrapatelar lateral, denotando hiperpressão do mecanismo extensor.  
Planos musculares periarticulares de aspecto habitual.

**Conclusão:**

- Rotura completa do ligamento cruzado posterior.
- Rotura parcial do ligamento colateral medial, com edema periligamentar.
- Edema da medular óssea no terço posterior dos côndilos femorais medial e lateral, bem como região das espinhas tibiais, de aspecto pós-contusional.
- Moderado derrame articular.
- Sinais de hiperpressão do mecanismo extensor.

*Exame documentado em 05 películas*

Dr. Lúcio Buzolin  
CRM/SP: 129.542



Este símbolo indica que a madeira utilizada neste produto foi proveniente de florestas de fontes certificadas FSC® de outras formas aceitáveis.

RUA BOSSUET WANDERLEY, 449 - CENTRO  
TELEFAX: (83) 3421.2985  
PATOS - PARAIBA  
cadmowanderley@hotmail.com  
severinoaires@hotmail.com  
cadmoaraujo@bol.com.br





375-6

ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ROBERTO DUMAS DA SILVA

**DAMIANO TEIXEIRA DA SILVA**

ASS. NATURAL CO. TULHAN

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SERIAL: 36.159.806-9 DATA DE EMISSÃO: 30/JUN/98

NOME: DAMIANO TEIXEIRA DA SILVA

PATRONÍMICO: FRANCISCO CIRILO DA SILVA

M: MARIA ZILMA TEIXEIRA DA SILVA

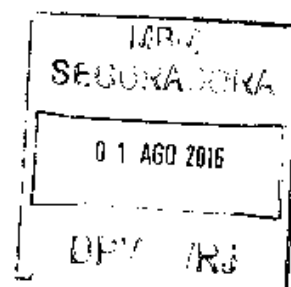
NATURALIDADE: ITAPORANGA - PE DATA DE NASCIMENTO: 02/JUL/1980

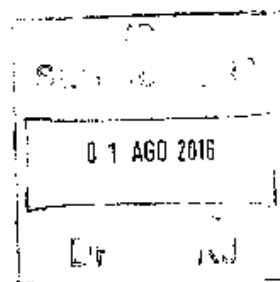
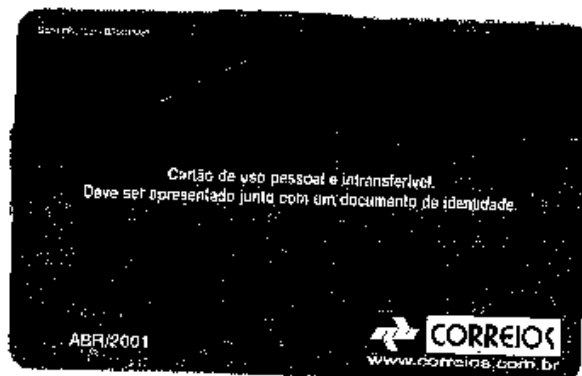
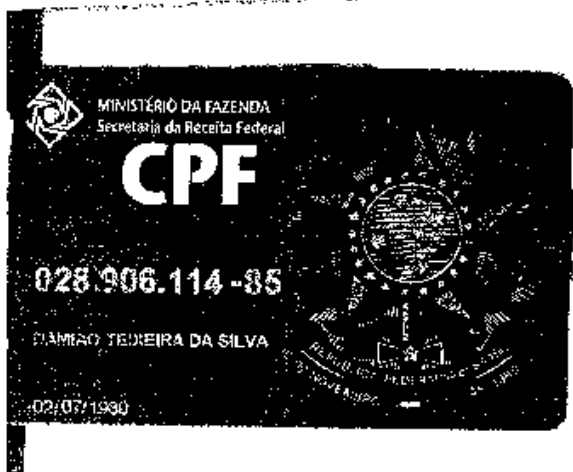
END. RESID: ITAPORANGA - PE

END. ORIGEM: ITAPORANGA - PE

CH. L.V. AB. /FLS. 96 /N. 0066423

16 DE 24





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL

IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR  
**DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA**

DATA DE NASCIMENTO  
**02/07/1980**

MUNICÍPIO  
**ITAPORANGA/PB**

DATA DE EMISSÃO  
**27/01/2016**

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA

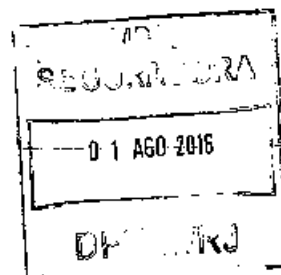
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

*Damiao Teixeira da Silva*

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

VALIDO SOMENTE COM MARCA D'ÁGUA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**NOME**  
MILTON ROBERTO DOS SANTOS

**COL. SENTENÇA / PRA. EMISSÃO / P.**  
5652161 889 PE

**CPF**  
039.247.062-59

**DATA NASCIMENTO**  
13/04/1978

**SEXO**  
M

**ADRESSA DO DETENTOR**  
CARLOS RODRIGUES DA SILVA

**POSSUIÇÃO**  
ACQ. CAT. HAB. AB.

**Nº REGISTRO**  
06119219971

**VALIDADE**  
21/08/2017

**PROROGAÇÃO**  
14/06/2007

**Observações**  
sem observações

**LOCAL**  
BRUNO TALHADA - PE

**DATA EMISSÃO**  
18/01/2013

**Assinatura**  
44716449137  
PE051555014

**VALIDADE EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS**  
678638355

**PROBETO PLASTIFICAR**  
678638355



DETRAN - PB Nº 012029658342  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 00279918038 0000000000 2015

DAMIAO PINTO SOUSA

02369483423

NOV7716/PB

NOVO

PB

906KE1210A0043751

PAS/MOTOCICLETA/ADAPTE

GASOLINA

YAMAHA/FACTOR YBR125 E

2010 2010

2 97124 /CI

PARCELADO

PRIMEIRA

IPVA PAGO EM 06/08/2015

1. VENC. / COTAS

P  
V  
A

FAIXA / PVA

0

PARCELAMENTO / COTAS

2

3

PREMIO TARIFARIO (R\$)

SEGURO

P A G O

06/08/2015

A.F. YAMAHA ADM. DE CONSORCIO LTDA

ITAPOR

06/08/2015

408

40053

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

PB Nº 012029658342 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DAMIAO PINTO SOUSA

ESTE É O SEU BILHETE  
PARA MAIS INFORMAÇÕES  
AS CONDIÇÕES GERAIS



www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

00279918038

ADAPTE/VEICULO ADAPTE

2015 06/08/2015

00369483423

DATA EMISSAO

VIA DAMIAO PINTO SOUSA

PLACA

RENAVAM

MARCA / MODELO

DPVAT BILHETE 2015

ANO 00369483423

NO CHASSI NOV7716/PB

SOLICITACAO

00279918038

YAMAHA/FACTOR YBR125

PREMIO TARIFARIO

FMS (R\$)

2010

9

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

9C6KE1210A0043751

CUSTO DO BILHETE (R\$)

\*\*\*\*\*

IOF (R\$)

TOTAL SEM IMPOSTOS (R\$)

SEGURO

P A G O

PAGAMENTO

DATA DE QUITACAO

COTA UNICA

PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

www.seguradoralider.com.br

40053-1540159-20150806

01 AGO 2016



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/03/2021 11:01:35

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031111013060400000038570605

Número do documento: 21031111013060400000038570605

Num. 40495759 - Pág. 22



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1003619/16  
Vítima: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA  
CPF: 028.906.114-85  
Data do Acidente: 30/03/2016  
CPF de: Próprio  
Titular do CPF: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

**Sinistra**

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
PUT  
Outros

**DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA : 028.906.114-85**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
**EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS : 039.247.064-09**  
Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

**ATENÇÃO:**

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

**Portador da documentação entregue**

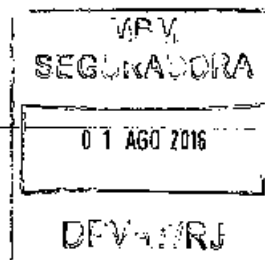
Data: 01/08/2016  
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS  
CPF/CNPJ: 039.247.064-09

**Responsável pelo recebimento na seguradora**

Data: 01/08/2016  
Nome: ROBERTO BERNARDES ALCOFORADO CAVALCANTI  
CPF: 810.837.187-20

EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

ROBERTO BERNARDES ALCOFORADO CAVALCANTI



AN

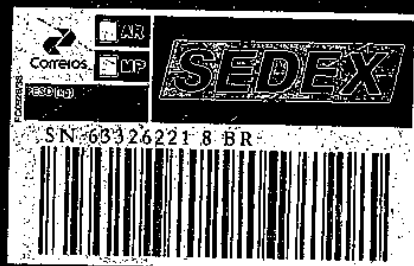


DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone number
Endereço / Address		
R. Alvaro Alvim, 27, quadra 2, pavilhão 16, salas: 153, 154, Centro		
CEP / Zip	Cidade / City	UF / State PAÍS / Country
20034-010	Rio de Janeiro	RJ Brasil






AR



DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone number	
Rua em frente Consistoria de Gregório			
Rua Alameda 3, grupo 2, pavilhão 16, salas 153, 154, Centro			
Cidade/State		UF/State	PAÍS/Country
		AC	BR



REMITENTE / Remitter		TELEPHONE / Phone number	
Sertão Anunciaria		(83) 99947-1520	
ENDEREÇO / Address			
Rimonal Pereira Giana, 58, Centro			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF / State	PAÍS / Country
58780000	Itaporanga	PB	Brazil
 765000636			

DEVOLUÇÃO / Return (Cm13)	
<input type="checkbox"/> Ausente-se pessoa	<input type="checkbox"/> Falta de endereço
<input type="checkbox"/> Recusado pessoa	<input type="checkbox"/> Endereço insuficiente
<input type="checkbox"/> Desconhecido endereço	<input type="checkbox"/> Não existe o número indicado
<input type="checkbox"/> Não procurado pessoa	<input type="checkbox"/> Outro erro
<input type="checkbox"/> Ausente pessoa	
Motivos da entrega (deixe o espaço)	
1° _____ 2° _____ 3° _____ 4° _____	
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo portador de encomenda <input type="checkbox"/> Informação prestada por outros meios de comunicação <input type="checkbox"/> Retirado do serviço postal em <input type="checkbox"/> Retirado do serviço postal	
Data: ____/____/____	Assinatura: _____





O MBM está ao seu lado  
para garantir este direito

## AVISO DE SINISTRO DPVAT

Tipo de Sinistro - Morte ( ) Invalidez ☒ DAMS ( ) - Seguradora : MBM - 6084

Valor da indenização - R\$: \_\_\_\_\_

Vítima : Daniel Teixeira de Silva Nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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

Reclamante - Vítima ( ) Beneficiário ( ) Procurador ( )

Beneficiário: \_\_\_\_\_ CPF/CGC: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

TEL: ( ) \_\_\_\_\_

Procurador: \_\_\_\_\_ CPF/CGC: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

TEL: ( ) \_\_\_\_\_

Dados da Ocorrência

Data do Sinistro /Fato: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Data do Boletim /Registro: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Estado da ocorrência: \_\_\_\_\_

Veic. Identificado  
( ) sim ( ) não

Placa \_\_\_\_\_

Tipo de Veículo \_\_\_\_\_

Vítima:

1 - Transportado ( )

2 - Não transportado ( )

3 - Motorista ☒

Complemento de Processo ( ) Envio de Processo Novo ( )

Número do Processo:

PB-216/16

Local / Data

Assinatura

01 AGO 2016

DPVAT RJ

mbm

Seguros de Pessoas





Seguradora Líder - DPVAT

## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Samuel Teixeira da Silva  
 DATA DO ACIDENTE 30/03/16 CPF DA VÍTIMA 028.506.114-85  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO \_\_\_\_\_  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Manoel Barreto  
 Nº 510 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO Centro  
 CIDADE Salvador UF BA CEP 51180-000  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE ( ) \_\_\_\_\_

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) 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)  
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (X) 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  
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 (X) 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 DE 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 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

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- 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, ACESSAR [WWW.DPVATSEGURODDTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODDTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS 0800 922 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_  
 IDENTIDADE \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/03/2021 11:01:35

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031111013060400000038570605>

Número do documento: 21031111013060400000038570605



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Damião Teixeira da Silva  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado  
Profissão: Agricultor  
Identidade: 36.158.806-9 CPF: 028.906.224-45  
Endereço: R. Mãe Burega, 514, Centro, Itaperoranga.

### OUTORGADO:

Nome: Edilson Rodrigues dos Santos  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado  
Profissão: Autônomo  
Identidade: 5.652.161 CPF: 039.247.064-09  
Endereço: R. Manoel Pereira Caioná, 58, Centro, Itaperoranga.

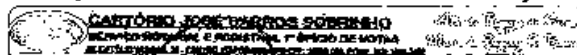
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a MBM SEGURADORA, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da

vítima Damião Teixeira da Silva

Local e Data: Itaperoranga/PB, 17/05/2016.

x Damião Teixeira da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



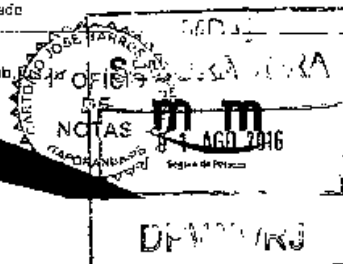
Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de DAMIÃO TEIXEIRA DA SILVA.

ITAPERORANGA/PB, 16 de maio de 2016.  
Em test. Edilson da verdade

Maria Rodrigues Custódio (Escrivente)

Selo Digital - A0478529-672P

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





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

**INCIDENTE DE PRESCRIÇÃO:**

Data Limite do Ajuizamento: 30/11/2019  
Data do Ajuizamento: 10/12/2019

Processo n.º 08024212120198150211

**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 **DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**QUESTÃO PREJUDICIAL DE MÉRITO**

**DA PRESCRIÇÃO**

A parte autora alega ter sofrido acidente de trânsito EM , ficando debilitada de forma permanente.

Em 01/08/2016, a parte autora deu entrada no pedido administrativo, **suspendendo** assim, o prazo prescricional que estava em curso, conforme previsão da súmula 229 do STJ.

*Súmula 229 STJ: "O pedido do pagamento de indenização à Seguradora suspende o prazo de prescrição até que o segurado tenha ciência da decisão".*

Em 30/11/2016, a Ré encaminhou carta de negativa / informando pagamento administrativo, e assim, após esta data, o prazo prescricional voltou a fluir, encerrando-se em 30/11/2019.

Ocorre que a presente ação foi ajuizada em 10/12/2019, ou seja, após o término do prazo prescricional.

Vejamos a jurisprudência:

APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO. EXTINÇÃO DO PROCESSO COM RESOLUÇÃO DO MÉRITO. PRESCRIÇÃO ANUA. ART. 487, II, NCPC. SÚMULAS 278, 229 E 101 DO STJ. RECURSO A QUE SE NEGA PROVIMENTO. DECISÃO UNÂNIME.- "O termo inicial do prazo

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





prescricional, na ação de indenização, é a data em que o segurado teve ciência inequívoca da incapacidade laboral". Súmula 278, do STJ.- "O pedido do pagamento de indenização à seguradora suspende o prazo de prescrição até que o segurado tenha ciência da decisão". Súmula 229, do STJ.- Resta operada a prescrição quando a soma dos lapsos temporais referentes ao período anterior e posterior da suspensão excede o prazo de um ano previsto no art. 206, §1º, II, do Código Civil, e na Súmula 101, do STJ.- Precedente do STJ.- Apelação Cível a que se nega provimento, à unanimidade.

(Apelação 480389-80000095-96.2015.8.17.1540, Rel. Stênio José de Sousa Neiva Coêlho, 2ª Câmara Cível, julgado em 19/12/2018, DJe 11/01/2019)

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTO DO SEGURO DPVAT - PRAZO PRESCRICIONAL DO ART. 206, §3º, IX, DO CC - APLICAÇÃO DAS SÚMULAS 229 E 405, DO STJ - PRESCRIÇÃO DA PRETENSÃO AUTURAL - APELO DESPROVIDO - SENTENÇA PRESERVADA - UNANIMIDADE.

(Apelação 518612-50045444-83.2015.8.17.0001, Rel. José Carlos Patriota Malta, 6ª Câmara Cível, julgado em 18/12/2018, DJe 25/01/2019)

Desta forma, a presente ação deverá ser julgada improcedente.

#### **DO LAUDO PERICIAL**

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

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

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

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

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

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



Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

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

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

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

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

ITAPORANGA, 9 de março 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 - 11/03/2021 11:01:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031111013746800000038570608>  
Número do documento: 21031111013746800000038570608