



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
40495 755	11/03/2021 11:01	<u>Petição</u>	Petição
40495 759	11/03/2021 11:01	<u>2754099_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
40495 762	11/03/2021 11:01	<u>2754099_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/03/2021 11:01:27
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031111012783800000038570601>
Número do documento: 21031111012783800000038570601

Num. 40495755 - Pág. 1

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, 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, 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 inicio 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



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.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





**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 TRÂNSITO



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.

HISTÓRICO 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 Medeiros Maia (centro) de Itaporanga-PB, conduzindo a moto YAMAHA/FACROR YBR125 E, cor Preta, ano MOD. 2010, placa NQK7716/PB e chassi 9C6KE1210 A0043751, licenciada em nome de DAMIÃO PINTO SOUSA e naquela ocasião estava chuvendo muito e terminou colidindo em um paralelepípedo que estava coberto de água, tendo perdido o controle da moto e caindo no calçamento, sendo então socorrido por um veículo desconhecido. Que tem como testemunha o Sr. Juvenal, residente na Rua Das Flores em Itaporanga - PB.

Damião Teixeira da Silva
Notificante / Testemunha Arrogada

Francisco Silva Rodrigues
Escrivão de Polícia Civil
Matrícula: 60.263-5

MBM 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 SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 36.158.806-9 EXPEDIDO POR 25PI/SP EM 30/06/98 E
 CPF 028906114-89 (CNPJ) 0000000000000000, PROFISSÃO AGRICULTOR
 E RENDA MENSAL DE R\$ 1.140,00 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 reembolso 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.receitafazenda.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/beneficiário.

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 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3571 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013.000.11546-6

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) 3571 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 013.000.11546-6

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA 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.

ITAPORANGA, 17 de MAIO de 2016.

LOCALE DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

SEGURADORA

AGO 2016

DPVAT RJ

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago a/o/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.

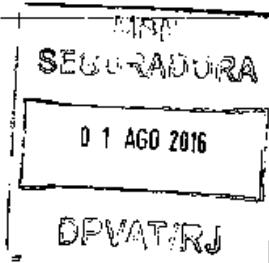
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





AUTO-ATENDIMENTO - CEF ITAPORANGA
DATA: 16/05/2016 HORA: 16:28:06
TERMINAL: 35711004 CONTROLE: 357110040342

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



DECLARAÇÃO

Devido à exigência da Seguradora Líder-DPVAT,¹ 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.

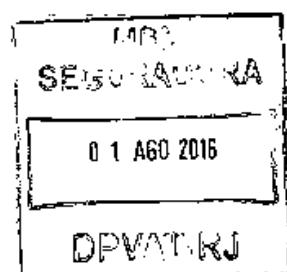
Local e data: PB - 02/06/16

Nome: Domico Leitão da Silveira

CPF: 028.906.114-85

Agência: 3571 Operação: 013

Conta da CEF nº: 11346-6



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Flávia Oliveira da Silva, portador da carteira de identidade nº 36.158.806-9 e inscrito no CPF/MF sob o nº 028.906.114-85, residente e domiciliado na Rua Mãe Burrega, 516, Centro, Cidade Itaperanga, Estado Paraíba, 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.

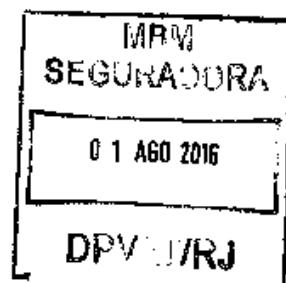
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

x Flávia Oliveira da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Itaperanga/PB, 18/05/2016

Local e data



SUS		ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE		MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS										
HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA - PB		FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL												
CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204		CGC/CPF: 08.778.268.0018/09												
NOME: HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA		ENDERECO: RUA OSWALDO CRUZ, 103												
MUNICÍPIO: ITAPORANGA		ESTADO: PARAÍBA		UF: 25										
Tipo de Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA														
Nome: DAMIÃO TEIXEIRA DA SILVA														
Raça/Cor: PÁTRIA														
Dt/Nasc: 02/07/1980		Idade: 35 anos(s)		mes(es) de Idade										
				dia(s) de Idade										
Sexo: M														
Mãe: ZILMA TEIXEIRA														
Profissão: PEDREIRO		Documento:												
Endereço: RUA MÃE BURREGO		Nº: 0												
Bairro: CENTRO														
Município-UF: CEP: ITAPORANGA - PB - 58780000 - 250700														
Telefone para contato: (83) 9666-2390		CNS: 706904166457131		CADASTRO:										
Data e Hora: 30/03/2016 12:48:51		244659												
PESO: 60		PA: SSVV		TEMP:										
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)														
<p><i>Alvo no pé de betho</i></p> <p><i>100% anestetico de moto</i></p>														
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)														
<p><i>catapla</i></p> <p><i>RESULTADOS</i></p>														
<p><i>catapla</i></p> <p><i>15 mg 210</i></p>														
<p><i>RECEPCIONISTA: HDI</i></p>														
<p>DIAGNÓSTICO:</p> <p><i>Alvo no pé de betho</i></p>														
<p>CID-10:</p>														
<p>MEDICAÇÃO:</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA</td> <td><input type="checkbox"/> 2. APLICADA</td> <td>ENCAMINHAMENTO:</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO</td> <td><input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL</td> <td><input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ORITO</td> <td><input type="checkbox"/> OUTROS</td> <td><input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO</td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA	<input type="checkbox"/> 2. APLICADA	ENCAMINHAMENTO:	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA	<input type="checkbox"/> ORITO	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO
<input type="checkbox"/> 1. PRESCRITA	<input type="checkbox"/> 2. APLICADA	ENCAMINHAMENTO:												
<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA												
<input type="checkbox"/> ORITO	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO												
<p>SERVICOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:</p> <p>1 -</p> <p>2 -</p> <p>3 -</p>														
<p>ASS. DOS PROFISSIONAIS (S) ASSISTENTE(S): CARMEOS</p> <p><i>Carmo de Paula G. Lemos</i></p> <p>Médica</p> <p>CBO</p>														
<p>ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL</p> <p><i>Ensaíando mundo Alval</i></p> <p>OU PÓLEGAR DIREITO</p>														
<p>ASS. DO REVISOR TÉCNICO</p> <p><i>Carmino</i></p> <p>ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO</p> <p><i>Carmino</i></p>														

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Daniela Soeiro da Silva

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

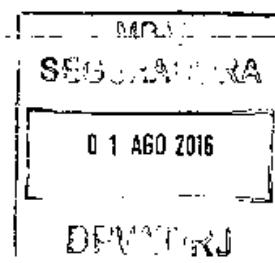
CPF nº 028.906.114-85, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua mãe Burrega</u>
Número	<u>S/N</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Itaperanga</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58.780-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 999471520 / 996978811</u>
E-mail	<u>sertao.assessoria@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

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

Assinatura do Declarante: Daniela Soeiro da Silva



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 %

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
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, 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 de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Edilson Rodrigues dos Santos, portador(a) do RG nº 5.652.161, expedido por SSPIPE, em 30/04/96, CPF/CNPJ nº 039.247.064-09, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Damídeo Siqueira da Silva do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Damídeo Siqueira da Silva, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Autônomo Renda Mensal: R\$ —/—
Receber-se

Documentos comprobatórios: —/—

Edilson Rodrigues dos Santos

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

RECEBER-SE	
MATT	
01	AGO 2016
Sexta-Feira	
01 AGO 2016	
DPVAT/RJ	





DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Eu, Damiao Pinto Souza

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

Órgão SSP/PIB, portador do CPF nº 023.694.834-23 com
domicílio na cidade de Itaperanga, no Estado de
Pernambuco, 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 Damiao Feijelira da Silva, cujo condutor era
Tomaz

Veículo: Moto

Modelo: Yamaha Factor YBR 125 E

Ano: 2010

Placa: N Q K 77161PB

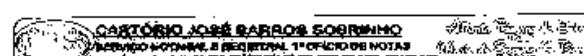
Chassi: 9C6KE121DA0043751

Data do Acidente: 30/03/2016

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

X Damiao Pinto Souza

Assinatura do Declarante



Rasenho a firma por AUTENTICIDADE de DAMÍAO PINTO DE SOUSA.

ITAPERANGA/PI, 10 de maio de 2016.

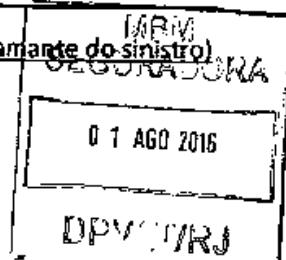
Em real Tomaz da verdade

Maria Rodrigues Coelhido (Escrivane)

Selo Digital - ADH78527-LX78



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



SUS **ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE**

HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA - PB

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CÓDIGO DA UNIDADE: 2341204 **CGC/CPF:** 0000770.268.0018/009

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DE ITAPORANGA

ENDR.: RUA OSWALDO CRUZ, 2033 **BAIRRO:** CENTRO

MUNICÍPIO: ITAPORANGA **ESTADO:** PB **UF:** 25

TIPO DE ATENDIMENTO: ATENDIMENTO DE URGENCIA

Nome: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA

Sexo: Masculino **Cor:** PARI

Data/Nasc.: 02/07/1980 **Idade:** 25 ano(s) **mes(es) de Idade:** **dia(as) de Idade:** **Sexo:** M

Mae: ZEMA TEIXEIRA

Profissão: PEDREIRO **Documento:**

Endereço: RUA MÃE BURREGO **Nº:** 0

Bairro: CENTRO

Município-UF: CEP - IBGE: ITAPORANGA - PB - 58780000 - 250700

Telefone para consulta: (83) 9666-2390 **CNS:** 706904166457131

Data e Hora: 30/03/2016 12:46:51 **CADASTRO:** 24759

PESO: **PA:** **TEMP:** **SSV:**

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

*Algas - mao - joelhos
1 pto - artrite - fe - fuso*

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Exame 1: 35 mg ZM

RESULTADOS

RECEPCIONISTA: HDI

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

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 LESÃO E/OU ENFILHAMENTO POR SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS OU FÍSICAS**

PROCEDIMENTO - descrição

DIAGNÓSTICO: *Algas - mao - joelhos*

CID-10:

MEDICAÇÃO: **ENCAMINHAMENTO:**

PRESCRITA OBSERVAÇÃO RESIDÊNCIA INFORMAÇÃO

APLICADA OUTRO HOSPITAL OBITO OUTROS

SERVICOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:

1-
2-
3-
4-
5-
6-
7-
8-
9-
10-
11-
12-
13-
14-
15-
16-
17-
18-
19-
20-
21-
22-
23-
24-
25-
26-
27-
28-
29-
30-
31-
32-
33-
34-
35-
36-
37-
38-
39-
40-
41-
42-
43-
44-
45-
46-
47-
48-
49-
50-
51-
52-
53-
54-
55-
56-
57-
58-
59-
60-
61-
62-
63-
64-
65-
66-
67-
68-
69-
70-
71-
72-
73-
74-
75-
76-
77-
78-
79-
80-
81-
82-
83-
84-
85-
86-
87-
88-
89-
90-
91-
92-
93-
94-
95-
96-
97-
98-
99-
100-
101-
102-
103-
104-
105-
106-
107-
108-
109-
110-
111-
112-
113-
114-
115-
116-
117-
118-
119-
120-
121-
122-
123-
124-
125-
126-
127-
128-
129-
130-
131-
132-
133-
134-
135-
136-
137-
138-
139-
140-
141-
142-
143-
144-
145-
146-
147-
148-
149-
150-
151-
152-
153-
154-
155-
156-
157-
158-
159-
160-
161-
162-
163-
164-
165-
166-
167-
168-
169-
170-
171-
172-
173-
174-
175-
176-
177-
178-
179-
180-
181-
182-
183-
184-
185-
186-
187-
188-
189-
190-
191-
192-
193-
194-
195-
196-
197-
198-
199-
200-
201-
202-
203-
204-
205-
206-
207-
208-
209-
210-
211-
212-
213-
214-
215-
216-
217-
218-
219-
220-
221-
222-
223-
224-
225-
226-
227-
228-
229-
230-
231-
232-
233-
234-
235-
236-
237-
238-
239-
240-
241-
242-
243-
244-
245-
246-
247-
248-
249-
250-
251-
252-
253-
254-
255-
256-
257-
258-
259-
260-
261-
262-
263-
264-
265-
266-
267-
268-
269-
270-
271-
272-
273-
274-
275-
276-
277-
278-
279-
280-
281-
282-
283-
284-
285-
286-
287-
288-
289-
290-
291-
292-
293-
294-
295-
296-
297-
298-
299-
300-
301-
302-
303-
304-
305-
306-
307-
308-
309-
310-
311-
312-
313-
314-
315-
316-
317-
318-
319-
320-
321-
322-
323-
324-
325-
326-
327-
328-
329-
330-
331-
332-
333-
334-
335-
336-
337-
338-
339-
340-
341-
342-
343-
344-
345-
346-
347-
348-
349-
350-
351-
352-
353-
354-
355-
356-
357-
358-
359-
360-
361-
362-
363-
364-
365-
366-
367-
368-
369-
370-
371-
372-
373-
374-
375-
376-
377-
378-
379-
380-
381-
382-
383-
384-
385-
386-
387-
388-
389-
390-
391-
392-
393-
394-
395-
396-
397-
398-
399-
400-
401-
402-
403-
404-
405-
406-
407-
408-
409-
410-
411-
412-
413-
414-
415-
416-
417-
418-
419-
420-
421-
422-
423-
424-
425-
426-
427-
428-
429-
430-
431-
432-
433-
434-
435-
436-
437-
438-
439-
440-
441-
442-
443-
444-
445-
446-
447-
448-
449-
450-
451-
452-
453-
454-
455-
456-
457-
458-
459-
460-
461-
462-
463-
464-
465-
466-
467-
468-
469-
470-
471-
472-
473-
474-
475-
476-
477-
478-
479-
480-
481-
482-
483-
484-
485-
486-
487-
488-
489-
490-
491-
492-
493-
494-
495-
496-
497-
498-
499-
500-
501-
502-
503-
504-
505-
506-
507-
508-
509-
510-
511-
512-
513-
514-
515-
516-
517-
518-
519-
520-
521-
522-
523-
524-
525-
526-
527-
528-
529-
530-
531-
532-
533-
534-
535-
536-
537-
538-
539-
540-
541-
542-
543-
544-
545-
546-
547-
548-
549-
550-
551-
552-
553-
554-
555-
556-
557-
558-
559-
550-
551-
552-
553-
554-
555-
556-
557-
558-
559-
560-
561-
562-
563-
564-
565-
566-
567-
568-
569-
570-
571-
572-
573-
574-
575-
576-
577-
578-
579-
580-
581-
582-
583-
584-
585-
586-
587-
588-
589-
590-
591-
592-
593-
594-
595-
596-
597-
598-
599-
600-
601-
602-
603-
604-
605-
606-
607-
608-
609-
610-
611-
612-
613-
614-
615-
616-
617-
618-
619-
620-
621-
622-
623-
624-
625-
626-
627-
628-
629-
630-
631-
632-
633-
634-
635-
636-
637-
638-
639-
640-
641-
642-
643-
644-
645-
646-
647-
648-
649-
650-
651-
652-
653-
654-
655-
656-
657-
658-
659-
660-
661-
662-
663-
664-
665-
666-
667-
668-
669-
670-
671-
672-
673-
674-
675-
676-
677-
678-
679-
680-
681-
682-
683-
684-
685-
686-
687-
688-
689-
690-
691-
692-
693-
694-
695-
696-
697-
698-
699-
700-
701-
702-
703-
704-
705-
706-
707-
708-
709-
710-
711-
712-
713-
714-
715-
716-
717-
718-
719-
720-
721-
722-
723-
724-
725-
726-
727-
728-
729-
730-
731-
732-
733-
734-
735-
736-
737-
738-
739-
740-
741-
742-
743-
744-
745-
746-
747-
748-
749-
750-
751-
752-
753-
754-
755-
756-
757-
758-
759-
750-
751-
752-
753-
754-
755-
756-
757-
758-
759-
760-
761-
762-
763-
764-
765-
766-
767-
768-
769-
770-
771-
772-
773-
774-
775-
776-
777-
778-
779-
770-
771-
772-
773-
774-
775-
776-
777-
778-
779-
780-
781-
782-
783-
784-
785-
786-
787-
788-
789-
780-
781-
782-
783-
784-
785-
786-
787-
788-
789-
790-
791-
792-
793-
794-
795-
796-
797-
798-
799-
800-
801-
802-
803-
804-
805-
806-
807-
808-
809-
800-
801-
802-
803-
804-
805-
806-
807-
808-
809-
810-
811-
812-
813-
814-
815-
816-
817-
818-
819-
810-
811-
812-
813-
814-
815-
816-
817-
818-
819-
820-
821-
822-
823-
824-
825-
826-
827-
828-
829-
820-
821-
822-
823-
824-
825-
826-
827-
828-
829-
830-
831-
832-
833-
834-
835-
836-
837-
838-
839-
830-
831-
832-
833-
834-
835-
836-
837-
838-
839-
840-
841-
842-
843-
844-
845-
846-
847-
848-
849-
840-
841-
842-
843-
844-
845-
846-
847-
848-
849-
850-
851-
852-
853-
854-
855-
856-
857-
858-
859-
850-
851-
852-
853-
854-
855-
856-
857-
858-
859-
860-
861-
862-
863-
864-
865-
866-
867-
868-
869-
860-
861-
862-
863-
864-
865-
866-
867-
868-
869-
870-
871-
872-
873-
874-
875-
876-
877-
878-
879-
870-
871-
872-
873-
874-
875-
876-
877-
878-
879-
880-
881-
882-
883-
884-
885-
886-
887-
888-
889-
880-
881-
882-
883-
884-
885-
886-
887-
888-
889-
890-
891-
892-
893-
894-
895-
896-
897-
898-
899-
890-
891-
892-
893-
894-
895-
896-
897-
898-
899-
900-
901-
902-
903-
904-
905-
906-
907-
908-
909-
900-
901-
902-
903-
904-
905-
906-
907-
908-
909-
910-
911-
912-
913-
914-
915-
916-
917-
918-
919-
910-
911-
912-
913-
914-
915-
916-
917-
918-
919-
920-
921-
922-
923-
924-
925-
926-
927-
928-
929-
920-
921-
922-
923-
924-
925-
926-
927-
928-
929-
930-
931-
932-
933-
934-
935-
936-
937-
938-
939-
930-
931-
932-
933-
934-
935-
936-
937-
938-
939-
940-
941-
942-
943-
944-
945-
946-
947-
948-
949-
940-
941-
942-
943-
944-
945-
946-
947-
948-
949-
950-
951-
952-
953-
954-
955-
956-
957-
958-
959-
950-
951-
952-
953-
954-
955-
956-
957-
958-
959-
960-
961-
962-
963-
964-
965-
966-
967-
968-
969-
960-
961-
962-
963-
964-
965-
966-
967-
968-
969-
970-
971-
972-
973-
974-
975-
976-
977-
978-
979-
970-
971-
972-
973-
974-
975-
976-
977-
978-
979-
980-
981-
982-
983-
984-
985-
986-
987-
988-
989-
980-
981-
982-
983-
984-
985-
986-
987-
988-
989-
990-
991-
992-
993-
994-
995-
996-
997-
998-
999-
990-
991-
992-
993-
994-
995-
996-
997-
998-
999-
1000-
1001-
1002-
1003-
1004-
1005-
1006-
1007-
1008-
1009-
1000-
1001-
1002-
1003-
1004-
1005-
1006-
1007-
1008-
1009-
1010-
1011-
1012-
1013-
1014-
1015-
1016-
1017-
1018-
1019-
1010-
1011-
1012-
1013-
1014-
1015-
1016-
1017-
1018-
1019-
1020-
1021-
1022-
1023-
1024-
1025-
1026-
1027-
1028-
1029-
1020-
1021-
1022-
1023-
1024-
1025-
1026-
1027-
1028-
1029-
1030-
1031-
1032-
1033-
1034-
1035-
1036-
1037-
1038-
1039-
1030-
1031-
1032-
1033-
1034-
1035-
1036-
1037-
1038-
1039-
1040-
1041-
1042-
1043-
1044-
1045-
1046-
1047-
1048-
1049-
1040-
1041-
1042-
1043-
1044-
1045-
1046-
1047-
1048-
1049-
1050-
1051-
1052-
1053-
1054-
1055-
1056-
1057-
1058-
1059-
1050-
1051-
1052-
1053-
1054-
1055-
1056-
1057-
1058-
1059-
1060-
1061-
1062-
1063-
1064-
1065-
1066-
1067-
1068-
1069-
1060-
1061-
1062-
1063-
1064-
1065-
1066-
1067-
1068-
1069-
1070-
1071-
1072-
1073-
1074-
1075-
1076-
1077-
1078-
1079-
1070-
1071-
1072-
1073-
1074-
1075-
1076-
1077-
1078-
1079-
1080-
1081-
1082-
1083-
1084-
1085-
1086-
1087-
1088-
1089-
1080-
1081-
1082-
1083-
1084-
1085-
1086-
1087-
1088-
1089-
1090-
1091-



**CLÍNICA
RADIOLÓGICA
DE PATOS**

Nome: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA
Idade: 35 Anos

Data: 06/05/2016

Solicitante Dr(a): GAUDENCIO M. DE S. FILHO

Ressonância Magnética - Joelho:

ESOUERDO:

Técnica: foram realizados cortes multiplanares, em sequências 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 cóndilos 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 hipertensão 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 cóndilos femorais medial e lateral, bem como região das espinhas tibiais, de aspecto pós-contusional.
- Moderado derrame articular.
- Sinais de hipertensão do mecanismo extensor.

Exame documentado em 05 películas

Dr. Lúcio Buzolin
CRM/SP: 129.542

01/05/2016
SEG. ADMIN.

01 AGO 2016
Digitador 5

DR. S. / RJ

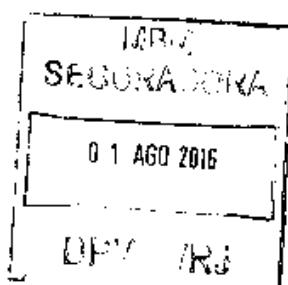
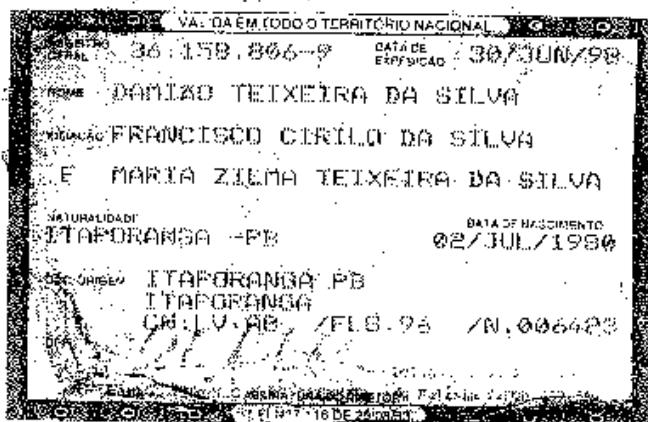
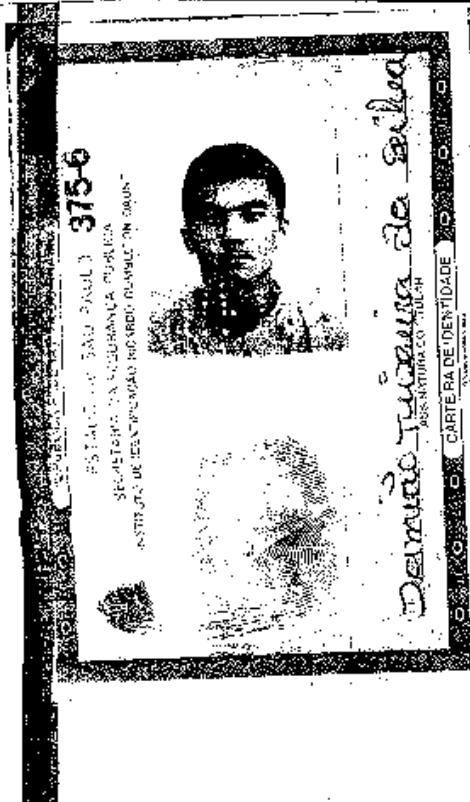


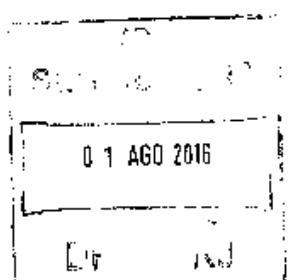
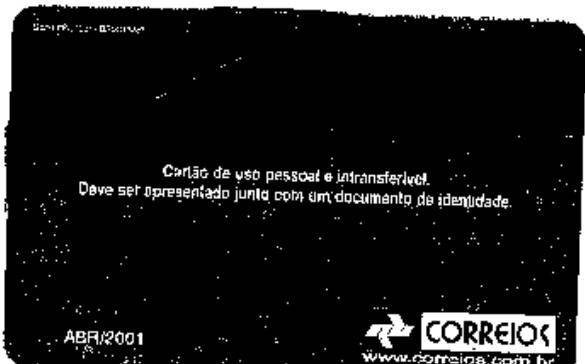
Este sello indica que o papel utilizado neste

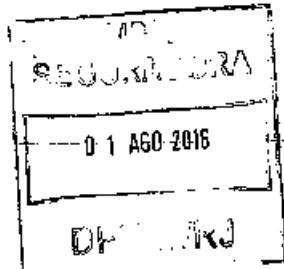
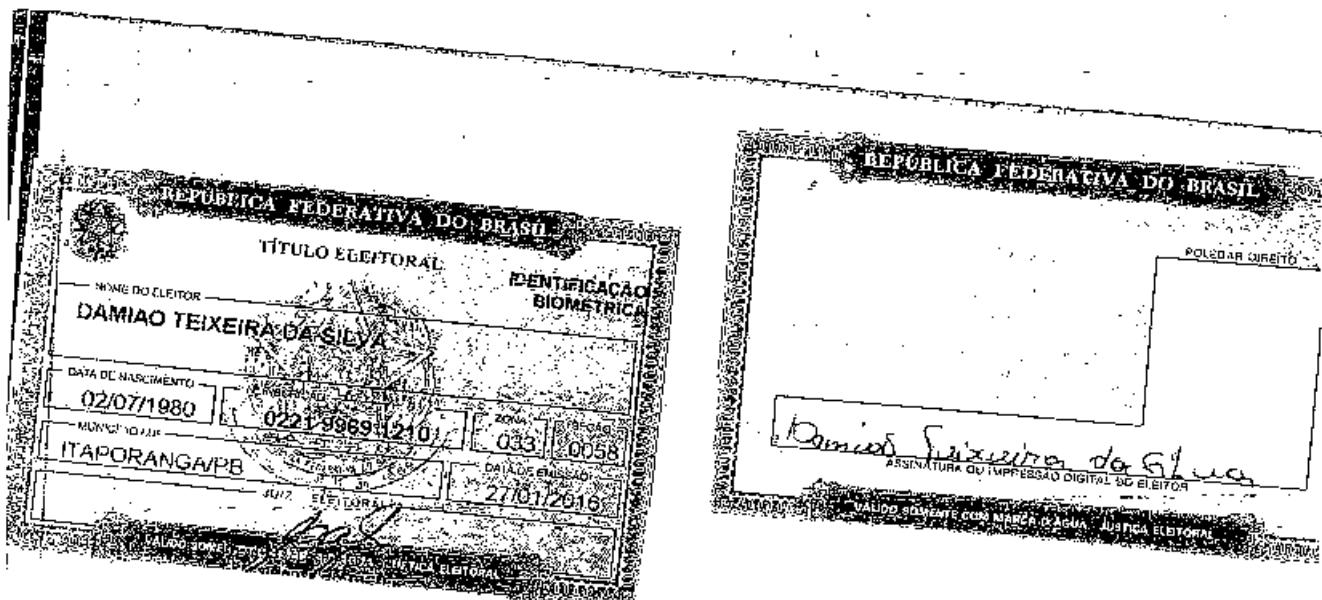
Impresso foi produzido com fibra de árvore

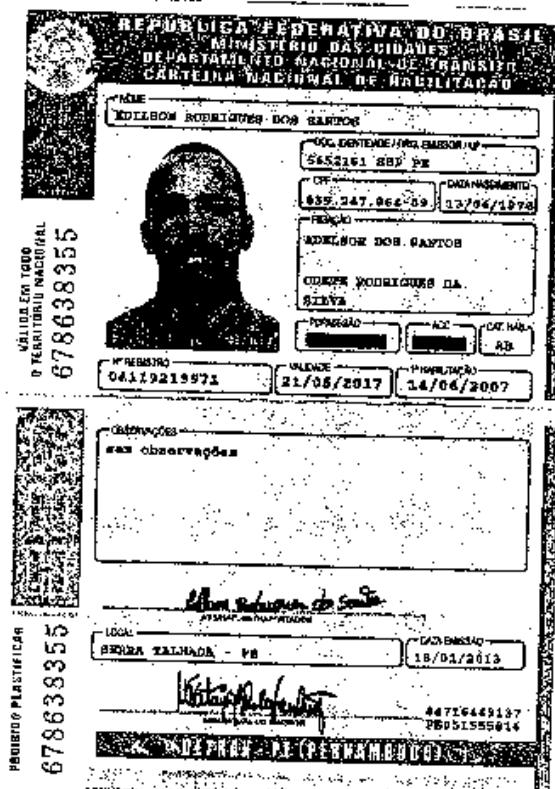
certificada 100% e de origem floresta certificada.

RUA BOSSUET WANDERLEY, 449 - CENTRO
TELEFAX: (83) 3421.2985
P A T O S - P A R A I B A
cadmwanderley@hotmail.com
severinoaires@hotmail.com
cadmoaraudo@bol.com.br









01 AGO 2013



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. 21

DETRAN - PB		Nº 0120297658342
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		
VIA	1	0027991801-4
CARRO		PERÍODO DE EMISSÃO: 06/06/2015
DAMIAO PINTO SOUZA		
02359483443		PLACA: NOV7716/PB
NOVO	PE	NOVA PLACA: NOV7716/PB
PAS/MOTOCICLETA		GASOLINA
MARCA / MODELO: YAMAHA/FACTOR YBR125 E		ANO FAB: 2010
Nº PAP: 07124 / CI: 886674		ANO MOD: 2010
PÁGINA 1 DE 1		DOMINANTE
IPVA PAGO EM: 06/06/2015		VENC. / COTAS
P	FAIXA IPVA: 1	PARCELAGEM: COTAS: 2
V	*****	3
A	D	
PRÉVIO PAGAMENTO: 06/06/2015		
SEGUNDO PAGAMENTO: 06/06/2015		
A. F. YAMAHA ATC DE CINTURÃO LTDA.		
ITAFOR 15		06/06/2015
403		48053

1 AGO 2016



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-1003619/16
Vitima: DAMIAO TEIXEIRA DA SILVA
CPF: 028.906.114-85

Data do Acidente: 30/03/2016
Titular do CPF: DAMIÃO TEIXEIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

- Sinistro**
 - Boletim de ocorrência
 - Comprovação de ato declaratório
 - Declaração de Inexistência de IML
 - Declaração do Proprietário do Veículo
 - Documentação médico-hospitalar
 - Documentos de identificação
- DUT
- 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.dpvalseguro.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 6.194 / 74.

Documentação recebida sem conferência

Respostas da documentação extrajurídica

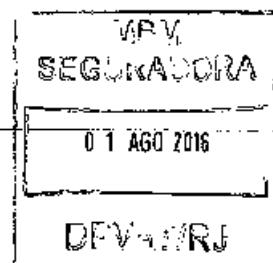
Responsável pelo recebimento na seguradora

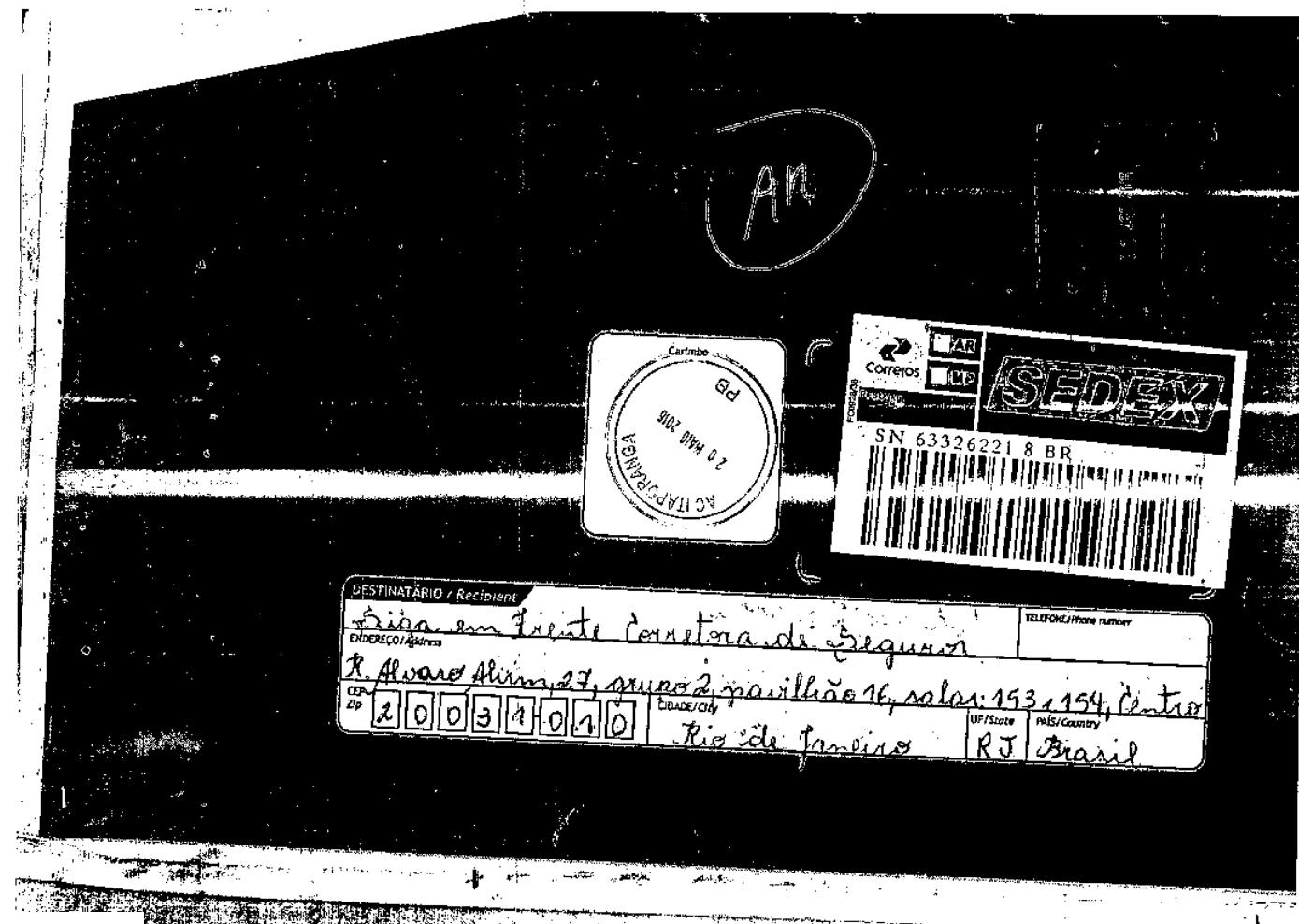
Data: 01/08/2016
Nome: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

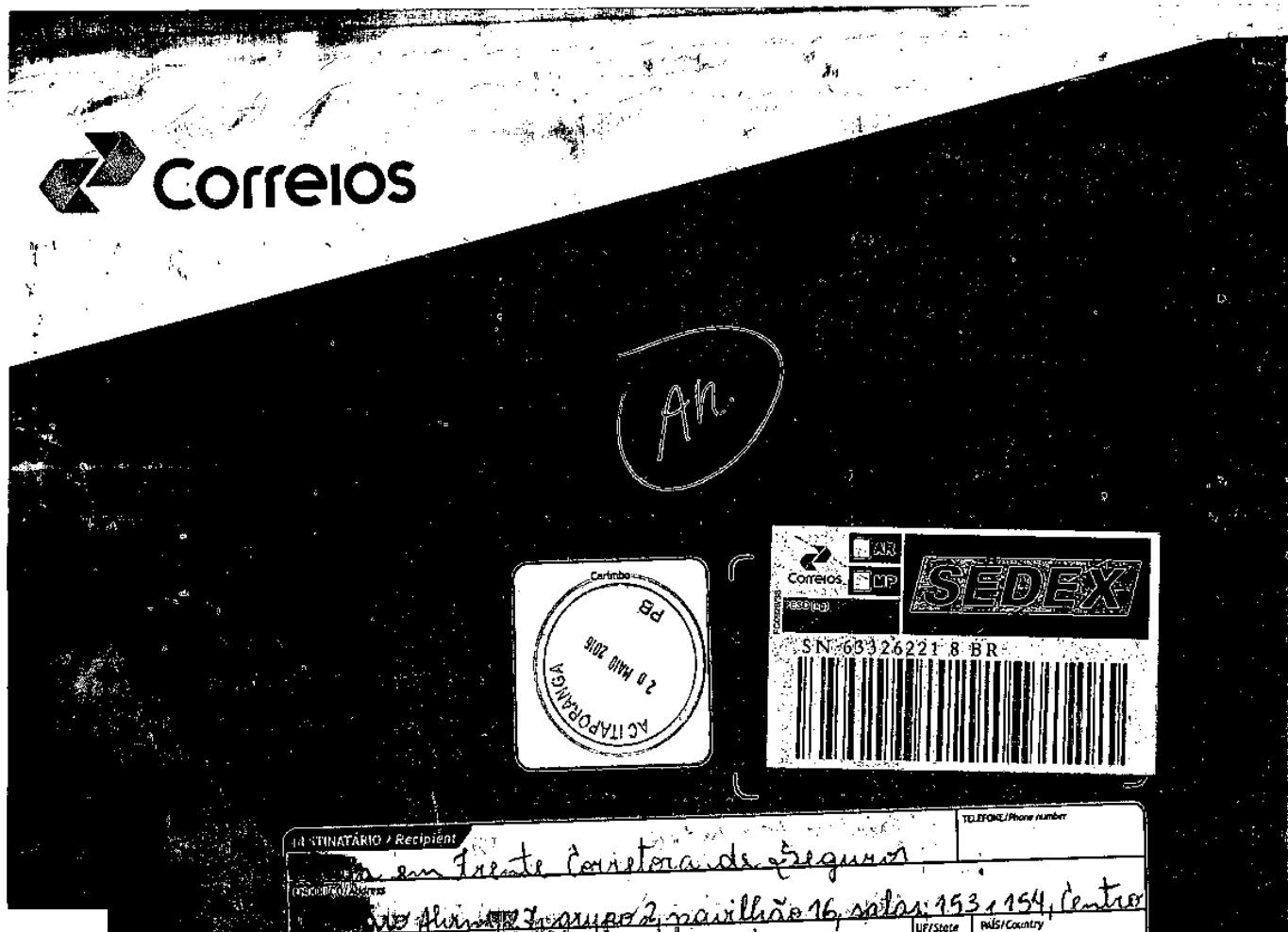
Data: 01/08/2016
Name: ROBERTO BERNARDES ALCOFORADO CAVALCANTI

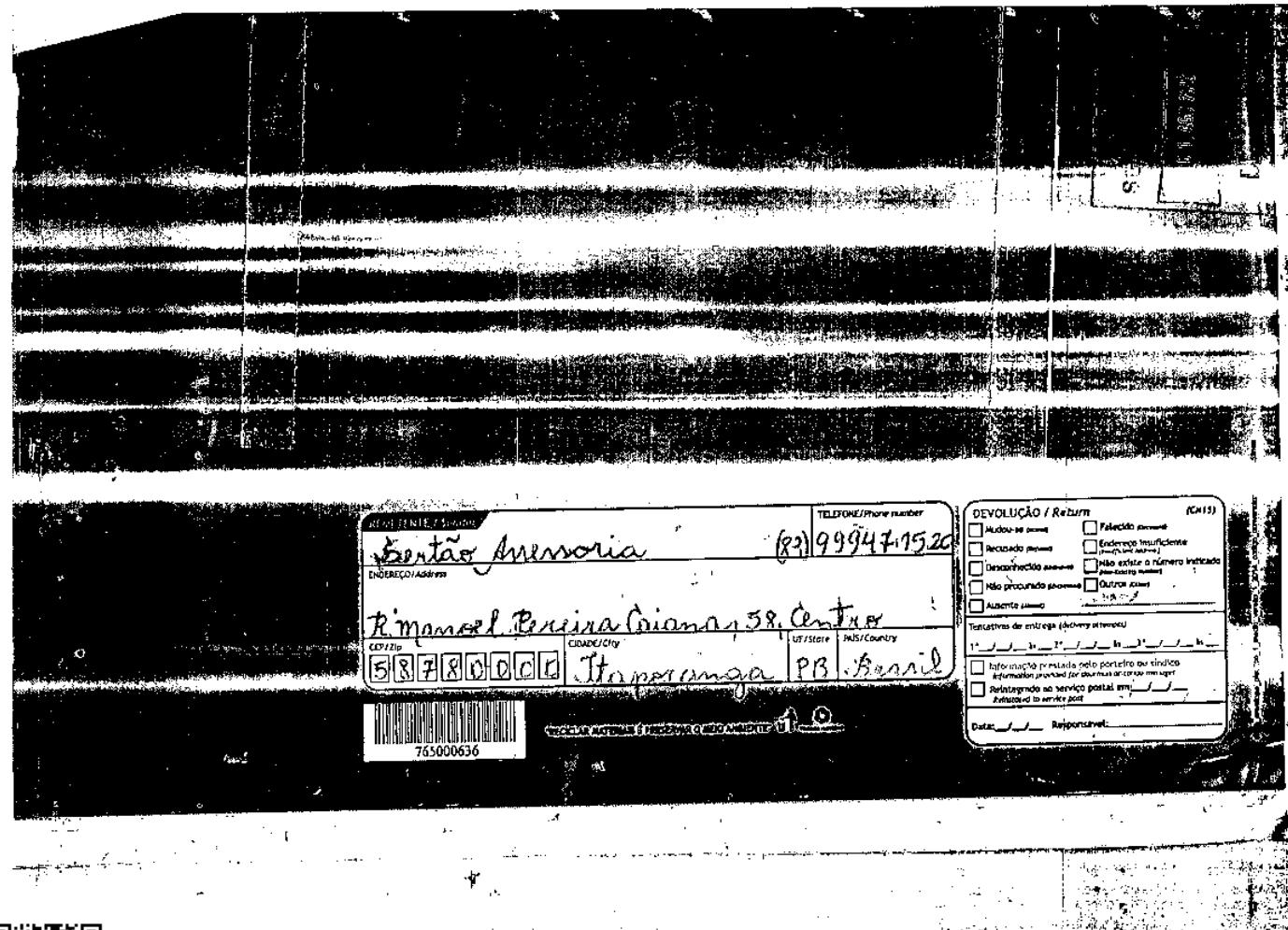
500 CON APPROVATI 2000 CON CANTO

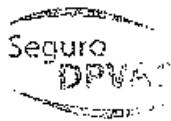
ROBERTO BERNARDES AL COFARDO CANAL GANTE











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\$:

Vitima: Domício Teixeira de Souza Nascimento: ____/____/____

CPF: _____ / _____

Reclamante - Vitima () 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
---------------------------------------	-------	-----------------

Vitima:

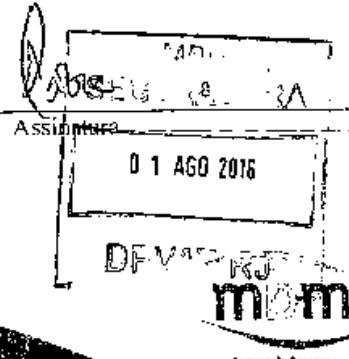
- 1 - Transportado ()
- 2 - Não transportado ()
- 3 - Motorista ()

Complemento de Processo () Envio de Processo Novo ()

Número do Processo:

PB-216116

Local / Data





Seguradora Lider • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Tomás Ferreira de Souza
DATA DO ACIDENTE 30/03/16 CPF DA VITIMA 028 506 314-85

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR 2. VITIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É Paulo Moreira

ENDERECO DO PORTADOR SIN COMPLEMENTO rua Nica Burau BAIRRO Centro
CIDADE Sapé UF PB CEP 58 180-000

E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (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 VITIMA 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 VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS 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 VITIMA 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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRAYAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITARIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS 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 VITIMA 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, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 10/03/2021
IDENTIDADE Suelio Moreira Torres
ASSINATURA Suelio Moreira Torres

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 10/03/2021
NOME Suelio Moreira Torres
ASSINATURA Suelio Moreira Torres



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. 28



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Damião Teixeira da Silva
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Agricultor
Identidade: 36.158.806-9 CPF: 028.906.114-45
Endereço: R. Mãe Burrega, 511, Centro, Itaporanga.

OUTORGADO:

Nome: Tedilson Rodrigues dos Santos
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Autonomo
Identidade: 5.652.161 CPF: 039.247.064-09
Endereço: R. Manoel Pereira Caionha, 58, Centro, Itaporanga.

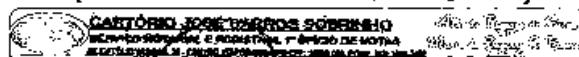
Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a MBM SEGURADORA, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito 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: Itaporanga/PB, 17/10/2016.

Damião Teixeira da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



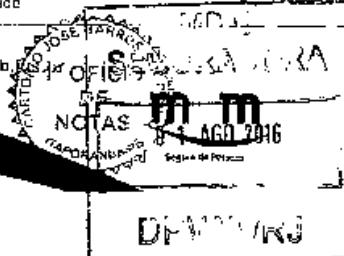
Reconheço a firma por AUTENTICIDADE do DAMIÃO TEIXEIRA DA SILVA.
ITAPORANGA/PB, 16 de maio de 2016.

Em testemunha: Paulo da verdade

Maria Rodrigues Guedes (Escrevente)

Selo Digital - ADR78529-E7ZP

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.º, 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 ÂNUA. 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.joaoportoadvocacia.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

Num. 40495762 - Pág. 1

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 Coelho, 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 AUTORAL - 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 inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

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

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

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

Frise-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



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

Num. 40495762 - Pág. 3

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

Num. 40495762 - Pág. 4