



Número: **0802503-52.2019.8.15.0211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **25/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 998,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA (AUTOR)	JOSE NICODEMOS DINIZ NETO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35411 030	13/10/2020 19:46	<u>2757262_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190705918 **Vítima: VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA**

Data do Acidente: 30/10/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	979.624.814-04	Valdemir Gabiano de Lacerda		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:	3 Valdemir Gabiano de Lacerda		CPF:	979.624.814-04
Profissão:	Endereço:	Rua: José Gabiano de Lacerda	Número:	51N
Bairro:	Cidade:	Curral de Belo	CEP:	58.990-000
E-mail:			Tel.(DDD):	

DADOS CADASTRAIS

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

3571

CONTA: 000071426

AGÊNCIA:

CONTA:

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 9º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Morte
Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data, _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Valdemir Gabiano de Lacerda

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3^ª Delegacia Regional de Polícia Civil
17^ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Distrital de Itaporanga



GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº. 1741/2019.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Transito

DATA DO FATO: 30 / Outubro / 2019 HORAS: Noite

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEI: BOI - Gleberson Fernandes da Silva

Notificante/Vitima:

VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA natural de Curral Velho-PB
Casado, Pedreiro, nascido no dia 22.07.72, filho de José Salviano
de Lacerda e Jesna Bizerra de Lacerda, RG 1.709.728/SSP/PB e CPFNº
979.624.814-04, residente na R. Projatada s/n centro Curral Velho-
PB.

Histérica de Fate: O (a) metificante, após cientificada (a) das penas combinadas ao art. 299 de CPB, declarou o Seguinte:

Que no dia e horas acima citadas, estava vindo de Diamante para C. Velho-PB, pelo PB 370, conduzindo a moto HONDA cg 125 FAN KS, cor- vermelha, no 2014, placa QFA8304/PB e chassi 9C2JC4110ER722727, em nome de JOSE JUVINO DA COSTA e nas imediações de Sítio Currais Ne- vos, área rural de Curral Velho-PB, colidiu com um animal(Baia), ca- indo no asfalto, sento entas socorrido por Uma Ambulancia do Munici- pio para o Hospital Regional de Patos-PB.

Obs. Foi atendida na Madrugada do dia 31.10.2019 no citado Hospital.

Itaperanga, Pb, 28 / Novembre / 2019

Notificante/Vítima: goldmirsahia.medeiros@credito

Escrivão Plantonista.

FCO. SNT. GRODZIENSK
ESC. POL. 116. 117.
CHEF DE CAMPAGNE



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 74254
DATA 31/10/2019
MÉDICO MARCELO AUGUSTO MOREIRA SERAFIM

PRONTUÁRIO 38476
OPERADOR EALVES

PACIENTE VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA

IDADE 47a 3m

RESUMO CLÍNICO:

Quiss a jto 6

DIAGNÓSTICO:

CID-10: luxus torax O

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Resus + Mobilizad

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Par boas s/ Quaisq cura no horizonte

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Dm3s60s qd or6m

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA Curado Melhorado Inalterado Óbito

DESTINO Residência Atendimento domiciliar

Transferência para _____

PATOS/PB, 01 DE 11 DE 2019.

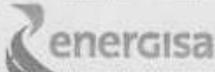
José H. Suesma Loureiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7417

MÉDICO/CRM

008



VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA
RUA JOSE SALVIANO DE LACERDA, 54 - CENTRO
CORRUPALVLE, RJ CEP: 29990000 (AG: 154)



Ligação: MONOFASICO
Círculo: REB MTC 011 RESIDENCIAL - BAIXA REDE DA
Resid. 7 - 156-702-100
Medidor: 0000810057.

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. 25 de Outubro, Centro - João Pessoa / PB - CEP: 58011-080
CNPJ: 08.095.182/0001-40 - Ins. Est: 16.715.020-0
www.energisa.com.br
Site: www.energisa.com.br
E-mail: Contato: Energia Elétrica: 0800-083-0196
Cadastral: 0800-10751444

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2019	12/11/2019	12/12/2019	979.824.814-04 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1075144-4

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - Série 12 - criada pelo U
n.º 15.430, de 26 de outubro de 2002.
Sempre é gravado o nome, endereço e telefone de
vacinação e se presta.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias						
Data	Leitura	Data	Leitura							
14/10/2019 8172 12/11/2019 8364										
Desmonte										
CD	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Base	Imp	Base	Imp	Base	Imp
			Tributo	Trib. (R\$)	ICMS		Trib. (R\$)	ICMS	Trib. (R\$)	ICMS
0001	Consumo int. 300Wt-BR	39.000	0,250000	9,75	7,75	26	1,83	7,75	0,08	0,06
0001	Consumo int. 100Wt-BR	82.000	0,443140	37,47	27,47	25	8,07	27,47	0,23	1,08
0001	Até 3 Anos	5,25	0,55	2,25	0,14	0,55	0,00	0,55	0,00	0,02
0001	Adm. E. Verbal	1,12	1,12	1,25	0,28	1,17	0,01	1,17	0,01	0,04
0008	Imposto	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0007	CONTROLE PÚBLICO	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 10/2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 10/2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0008	Divulgação Guiação	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL: 48,40 71,29 11,80 71,23 0,00 2,79
Tributo/Imposto: Até 300Wt: 0,191710, Até 100Wt: 0,317500

Mês/Ano (meses/anos)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
09	20/11/2019	R\$ 48,40

Histórico de Consumo (kWh)											
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	Apr/19	May/19	Jun/19	Jul/19	Aug/19	Sep/19	Out/19

ESCRITÓRIO AO FISCO
65a3.748b.333d.d88f.9e5e.d0ed.51cd.2bd1.

Indicadores de Qualidade - V2019 (Anexo)

Límites da ANEEL	Apurado	Límite de Tensão (V)
100%ANUAL	1,37	0,00
10%TRIMESTRAL	1,34	NOMINAL
10%MENSAL	21,08	220
10%MENSAL	1,08	0,00
12%TRIMESTRAL	1,37	CONTRIBUIDA
10%ANUAL	1,35	LIMITE-FIXO
10%ANUAL	1,31	LIMITE-EST-OR
10%	12,22	

Composição do Consumo

Discriminadas	Valor (R\$)	%
Serviço de Det. da Energia/PE	0,47	19,56
Contrato de Energia	12,85	56,70
Serviço de Transmissão	1,41	2,91
Encargo Sistêmico	1,43	2,92
Imposto Direto e Ind. gen.	22,48	46,38
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	48,40	100,00

Vale ao Fisco (Ref. 812109)Ref.1110

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Bala/Renda, tendo um desconto de R\$24,14.

Faturas em atraso



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190705918 **Cidade:** Curral Velho **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA **Data do acidente:** 30/10/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A 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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0456764/19

Vítima: VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA

CPF: 979.624.814-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/10/2019

Titular do CPF: VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA : 979.624.814-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/12/2019
Nome: VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA
CPF: 979.624.814-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA

RENATO LUNA DIAS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/10/2020 19:46:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20101319464840800000033831398>
Número do documento: 20101319464840800000033831398

Num. 35411030 - Pág. 8