



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
35411030	13/10/2020 19:46	2757262_CONTESTACAO_Anexo_02	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,

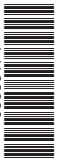
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15255677

Pag. 00347/00348 - carta_01 - INVALIDEZ

00030174



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: 979.624.814-04 Nome completo da vítima: Valdemir Sabriano de Azevedo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Valdemir Sabriano de Azevedo CPE: 979.624.814-04

Profissão: Pedreiro Endereço: Rua: José Sabriano de Azevedo Número: _____ Complemento: _____

Bairro: centro Cidade: Curral Velho Estado: PB CEP: 58.990-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3571 CONTA: 00007426 (4)

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Valdemir Sabriano de Azevedo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil
17ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia Distrital de Itaperanga



GOVERNO
DA PARAÍBA



BOLETIM DE Ocorrência POLICIAL.

Nº. 1741/2019.

NATUREZA DA Ocorrência: Acidente de Trânsito

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

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL: Gleberson Fernandes da Silva

Notificante/Vítima:

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 CPF nº
979.624.814-04, residente na R. Projatada s/n centro Curral Velho-
PB.

Histórico de Fato: O (a) notificante, após cientificado (a) das pe-
nas cominadas ao art. 299 do 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 do Sítio Currais Ne-
vos, área rural de Curral Velho-PB, colidiu com um animal (Bai), ca-
indo no asfalto, sendo então socorrido por Uma Ambulância do Municí-
pio para o Hospital Regional de Patos-PB.

Obs. Foi atendido na madrugada do dia 31.10.2019 no citado Hospi-
tal.

Itaperanga, Pb, 28 / Novembro / 2019.

Notificante/Vítima: Valdemir salviano de lacerda

Escrivão Plantonista: _____

Fco. Silva Rodrigues
Esc. Pol. Civil - Itaperanga
Chefe de Cartório



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 74254
DATA 31/10/2019 HORA 01:24
MÉDICO MARCELO AUGUSTO MOREIRA SERAFIM

PRONTUÁRIO 38476
OPERADOR EALVES

PACIENTE VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA

IDADE 47a 3m

RESUMO CLÍNICO:

Queda a joelho

DIAGNÓSTICO:

CID-10: L95.02 Joelho

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Reparo + Mobilização

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Ret. 300 s/ dor no joelho

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Medicamentos e orfãos

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (☒) Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

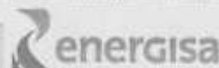
PATOS/PB, 01 DE 11 DE 2019

José H. Siqueira Laureano
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PB 7417
MÉDICO/CRM

008



VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA
RUA JOSE SALVIANO DE LACERDA, 574 - CENITRO
CURRAL VELHO / PB CEP 58990000 (AO 154)



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Km 25 - Creta Redentor - João Pessoa / PB - CEP 53011-080
CNPJ 08.086.182/0001-40 - Ins. Est. 16.715.020-0

Ligação: MONOFÁSICO
Cálculo: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BARRA VERDE
Raturo: 7 - 158 - 100 - 100 Referência: Nova 2019
Medidor: 0000810657 Emissão: 12/11/2019

Nota Fiscal Contador: Energia Elétrica 004-064-357
Cód. para Trib. Automático: 90010101444

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/ CNPJ/ RANI
Nov / 2019	12/11/2019	12/12/2019	979.824.914-04 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1075144-4

Canal de contato

Carta Social de Energia Elétrica - Tabela de créditos de LEP nº 15.430, de 26 de abril de 2003.
Sancionada pelo Conselho de Administração da Companhia em 26 de maio de 2003.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
14/10/19	8172	12/11/19	8354		182	29

Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc	Adic. Tarifa (R\$)	Base Calc. Pag (R\$)
0001	Consumo até 30 kWh - BR	30,000	0,250000	7,50	7,50	28
0001	Consumo > 31 a 100 kWh - BR	27,47	0,2747	7,54	7,54	28
0001	Adic. S. Anual	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0001	Adic. S. Verbal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0001	Subtotal			15,04	15,04	28
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0007	CONTRIB. LIM. PÚBLICA	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0008	JUROS DE MORA 10/2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0008	MULTA 10/2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0008	Descontos e Juros	-24,34	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Tarifário TOTAL 48,40 71,20 17,80 71,20 0,00 2,78
Tarifa de Transmissão: 0,151710 - AN 100 kWh 0,311500

Valor Último em R\$ (R\$) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
00 20/11/2019 R\$ 48,40

Histórico de Consumo (kWh)

Nov/19 Dez/19 Jan/20 Feb/20 Mar/20 Abr/20 Mai/20 Jun/20 Jul/20 Ago/20 Set/20 Out/20

RESERVADO AO FISCO

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

Indicadores de Qualidade - VOLTAGE REGULATION				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
NOMINAL 12,54	0,00	NOMINAL 220		Serviço de Dist. de Energia/PB	9,47	19,56
ACRÉSCIMO 25,00				Serviço de Energia	13,85	28,60
DECRÉSCIMO 2,87				Serviço de Transmissão	1,41	2,91
ACRÉSCIMO 13,95				Serviço de Distribuição	1,42	2,92
DECRÉSCIMO 2,71				Impostos Omitidos e Outros	22,45	46,36
DECRÉSCIMO 12,22				Outros Serviços	0,00	0,00
				Total	48,40	100,00

Valor em R\$ (R\$) 48,40 71,20 17,80 71,20 0,00 2,78

ATENÇÃO

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$24,34.

Tarifas em atraso



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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 1.709.728 -2 VIR DATA DE EMISSÃO 05/11/2014

NOME VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA

FILIAÇÃO JOSÉ SALVIANO DE LACERDA
JOANA BIZERRA DE LACERDA

NATURALIDADE CURRAL VELHO-PB DATA DE NASCIMENTO 22/07/1972

DOC ORIGEM CASAM N.5426 FLS.174V LIV.BAUX 11
CARTÓRIO ITAPORANGA-PB

CPF 979.624.814-04

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.115 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02
P-900

Valdemir Salviano de Lacerda

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição 979.624.814-04

Nome VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA

Nascimento 22/07/1972

Cartão de identificação e cadastramento

Deve ser apresentado junto com um documento de identificação

Então

CORREIO



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

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 30/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VALDEMIR SALVIANO DE LACERDA

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

