



Número: **0802650-94.2019.8.15.0141**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Catolé do Rocha**

Última distribuição : **02/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAUL ALMEIDA DE SOUZA (AUTOR)		JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36628364	13/11/2020 10:57	<a href="#">Petição</a>	Petição
36628367	13/11/2020 10:57	<a href="#">2762326_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
36628368	13/11/2020 10:57	<a href="#">2762326_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01 (1)</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **RAUL ALMEIDA DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180508138**

Vítima: **RAUL ALMEIDA DE SOUZA**

Data do Acidente: **17/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180508138**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13539118

Pag. 01503/01504 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020752



Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **RAUL ALMEIDA DE SOUZA**  
Nº Sinistro: **3180508138**  
Vítima: **RAUL ALMEIDA DE SOUZA**  
Data do Acidente: **17/09/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180508138**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00859/00860 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13565462





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

Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180508138

Vítima: RAUL ALMEIDA DE SOUZA

Data do Acidente: 17/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), RAUL ALMEIDA DE SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequelas definitivas, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00897/00898 - carta\_04 - INVALIDEZ

00060449



Carta nº 14167625





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: \_\_\_\_\_ Nome completo da vítima: \_\_\_\_\_

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

Nome completo: RAUL ALMEIDA DE SOUZA CPF: 101.696.084-09  
Profissão: CONTADOR Endereço: RUA CALISTO FERNANDES SOUSA Número: 1397 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: LOTEAMENTO SÃO PAULO Cidade: CATOLE DO ROCHA Estado: PB CEP: 58884-000  
E-mail: JOSEOLIVEIRA.ADVOCADO@GMAIL.COM Tel. (DDD): (83) 99660-2901

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

RENDA MENSAL:  
☒ RECURSO 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 (343)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:   CONTA:    
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 585 4 CONTA: 32188 5  
(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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §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: \_\_\_\_\_ 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: Catole do Rocha, PB 26/10/2018

Nome: RAUL ALMEIDA DE SOUZA

CPF: 101.696.084-09

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Raul Almeida de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª 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-fé da 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

29 OUT. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 972/2018

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO  
Data do fato: 17/09/2017 hora: 07h40min

Notificante: \*\*\*\*\* , alcunha \*\*\*\*\* , Nacionalidade: \*\*\*\*\* ,  
naturalidade: \*\*\*\*\* , nascido em \*\*/\*\*/\*\*\*\* , documento: \*\*\*\*\* CPF  
\*\*\*\* , filho de \*\*\*\*\* e de \*\*\*\*\* , endereço: \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\* , Bairro \*\*\*\*\* , \*\*\*\*\* , referência: \*\*\*\*\* .

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: Bel. Alarico Lopes da Rocha

Vítima: RAUL ALMEIDA DE SOUZA , alcunha \*\*\*\*\* , Nacionalidade:  
brasileira , naturalidade: FRUTUOSO GOMES/RN , idade: 24 anos ,  
nascido em 25/04/1994 , cor/raça: \*\*\*\*\* , Estado Civil: Casado ,  
Profissão: DIGITADOR , Escolaridade: superior , documento: RG  
003.004.322 SSP/RN CPF 101.696.084-09 , filiação: UBIRANI RAFAEL DE  
SOUZA e de MARIA RITA DE ALMEIDA , endereço: Rua CALIXTO FERNANDES  
SOUZA 1387 , Bairro LOTEAMENTO SÃO PAULO , CATOLE DO ROCHA/PB ,  
referência: \*\*\*\*\* . Tel/Cel:(83) 9.\*\*\*;

#### HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data e hora supracitadas a vítima estava na garupa da motocicleta HONDA BIZ 125 ES ANO 2011/2012, cor VERMELHA, Placa MOQ-0541/PB, CHASSI 9C2JC4820CR283023, registrada em nome de NEY ROBSON CAVALCANTE DE SOUSA e conduzida pelo mesmo, na PB 325 proximo ao Sitio Cumbi, municipio de Catole do Rocha/PB, quando a motocicleta foi fechada por um veiculo não identificado que vinha no mesmo sentido e fazendo a ultrapassagem; causando o acidente; QUE a vitima foi socorrida por terceiros e encaminhado ao hospital regional de Catolé do Rocha/PB, onde foi constatada fratura de tórax e cravícula esquerda; Segundo prontuario medico. Nada mais a consignar.

Catolé do rocha , 24 de Outubro de 2018. Às 15:00 horas.

Raul Almeida de Souza

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Madson Leite - EPC-AD-HOC

Matrícula: 182.541-1

INSCRIÇÃO ELETRÔNICA

DOCUMENTO ORIGINAL

29 OUT. 2018







BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 972/2018

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE TRANSITO  
Data do fato: 17/09/2017 hora: 07h40min

Notificante: \*\*\*\*\* , alcunha \*\*\*\*\* , Nacionalidade: \*\*\*\*\* ,  
naturalidade: \*\*\*\*\* , nascido em \*\*/\*\*/\*\*\*\* , documento: \*\*\*\*\* CPF  
\*\*\*\* , filho de \*\*\*\*\* e de \*\*\*\*\* , endereço: \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\* , Bairro \*\*\*\*\* , \*\*\*\*\* , referência: \*\*\*\*\* .

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: Bel. Alarico Lopes da Rocha

Vítima: RAUL ALMEIDA DE SOUZA , alcunha \*\*\*\*\* , Nacionalidade:  
brasileira , naturalidade: FRUTUOSO GOMES/RN , idade: 24 anos ,  
nascido em 25/04/1994 , cor/raça: \*\*\*\*\* , Estado Civil: Casado ,  
Profissão: DIGITADOR , Escolaridade: superior , documento: RG  
003.004.322 SSP/RN CPF 101.696.084-09 , filiação: UBIRANI RAFAEL DE  
SOUZA e de MARIA RITA DE ALMEIDA , endereço: Rua CALIXTO FERNANDES  
SOUZA 1387 , Bairro LOTEAMENTO SÃO PAULO , CATOLE DO ROCHA/PB ,  
referência: \*\*\*\*\* . Tel/Cel:(83) 9.\*\*\*;

#### HISTORICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE na data e hora supracitadas a vítima estava na garupa da motocicleta HONDA BIZ 125 ES ANO 2011/2012, cor VERMELHA, Placa MOQ-0541/PB, CHASSI 9C2JC4820CR283023, registrada em nome de NEY ROBSON CAVALCANTE DE SOUSA e conduzida pelo mesmo, na PB 325 proximo ao Sitio Cumbi, municipio de Catole do Rocha/PB, quando a motocicleta foi fechada por um veiculo não identificado que vinha no mesmo sentido e fazendo a ultrapassagem; causando o acidente; QUE a vitima foi socorrida por terceiros e encaminhado ao hospital regional de Catolé do Rocha/PB, onde foi constatada fratura de tórax e cravícula esquerda; Segundo prontuario medico. Nada mais a consignar.

Catolé do rocha , 24 de Outubro de 2018. Às 15:00 horas.

Raul Almeida de Souza

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Madson Leite - EPC-AD-HOC

Matrícula: 182.541-1

INSCRIÇÃO ELETRÔNICA

DOCUMENTO ORIGINAL

29 OUT. 2018







## 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 ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

RAUL ALMEIDA DE SOUZA

CPF: 101.696.084-09

Profissão:

CONTADOR

Endereço:

RUA CALIXTO FERNANDES SOUSA

Número:

1387

Complemento:

Bairro:

LOTEAMENTO SÃO PAULO

Cidade:

CATOLE DO ROCHA

Estado:

PB

CEP:

58884-000

E-mail:

JOSEOLIVEIRA.ADV36307@GMAIL.COM

Tel. (DDD):

(83) 99660-2901

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

RENDA 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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

585

1

CONTA:

32188

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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. 3º, §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) ☐ Divorçado ☐ 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: 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 a aqueles 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, Catolé do Rocha, PB, 26/10/2018

Nome: RAUL ALMEIDA DE SOUZA

CPF: 101.696.084-09

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Raul Almeida de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª 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-fé 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

29 OUT. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL





ESTADO DA PARAIBA - Sec. Est. Saúde  
HOSP. REG. CATOLE DO ROCHA - PB  
FICHA ATENDIMENTO AMBULATORIAL

GOVERNO DA PARAIBA

viva o trabalho

CNES: 2592460 CNPJ: 06.778.269/0001-90

NOME: HOSPITAL REGIONAL DR AMERICO MAIA DE VASCONCELOS

ENDEREÇO: RUA CASTELO BRANCO, 348 - BATALHO

CIDADE: CATOLE DO ROCHA ESTADO: PARAIBA

UF: PB

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: RAUL ALMEIDA DE SOUSA

Mae: MARIA RITA DE ALMEIDA

Nascimento: 25/04/1994 Idade: 23

Profissão: RUA PROJETADA

Endereço: LSAO PAULO

Bairro: CATOLE DO ROCHA - PB - 50854-009 - 2504306

Cidade: CATOLE DO ROCHA - PB - 50854-009 - 2504306

CNS: Identidade: Rg: Nasc: JACQUIRIA DE O. LIMA

CPF: 17/09/2017 08:00:51

Data / Hora: 17/09/2017 08:00:51

Tempo: 2422

Peso: 2021

PA: TEMP: ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

Exames realizados na unidade (tipos)

Resultados

Exames realizados na unidade (tipos)

Resultados

Exames realizados na unidade (tipos)

Resultados

Exames realizados na unidade (tipos)

Resultados

Exames realizados na unidade (tipos)

Resultados

Exames realizados na unidade (tipos)

Resultados

Exames realizados na unidade (tipos)

Resultados

Exames realizados na unidade (tipos)

Resultados

Exames realizados na unidade (tipos)

Resultados

Exames realizados na unidade (tipos)

05202

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

Tratado local de 100ml 3282 +

De 500ml 49 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

De 500ml 50 + 500ml 50

29 OUT. 2018

**RAUL ALMEIDA DE SOUZA**

**RUA CALIXTO FERNANDES SOUSA 1387 - LOT SAO PAULO  
CEP 58884000 - CATOLE DO ROCHA / PB (AG: 245)**

**Clis/Sbc: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICA  
Roteiro: 02-0245-130-206 Referência: SET/2018  
Medidor: 00008774895 Emissão: 04/09/2018**



**ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A**  
5 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

**Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 012.084.598**  
**Código para Débito Automático: 00017663287**

**Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)**

**Conta referente a**

**SET/2018**

**Apresentação**

**05/09/2018**

**Data prevista da  
próxima leitura**

**05/10/2018**

**CPF/ CNPJ/ RANI**

**10169608409**

**Insc. Est.**

**Uf (Unidade Consumidora): 5/1766328-7**

29 OUT. 2018



## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Exato para efeitos de pagamento do rateio facilitado de energia elétrica - Nº 014.885.907



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 238, Km 29 - Centro Industrial - João Pinheiro / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 06.885.193/0001-40 Ins. Est. 18.814.323-6

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
REGINALDO VIEIRA DE FREITAS RUA JOSEFA OLIMEDA DA CONCEIÇÃO S/N NACHO DOS CAVALOS			5/1713076-6	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
OUT/2018	24/10/2018	6	31/10/2018	R\$ 36,91

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Energisa			REGINALDO VIEIRA DE FREITAS
LTD. PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A			Rotativo: 14-548-885-6845
			8361000000-4 36810054005-3 17130762018-6 10000248019-6
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA	
31/10/2018	R\$ 36,91	17130762018-6	

07 NOV. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:57:38

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310573813400000034965185>

Número do documento: 20111310573813400000034965185



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das 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 de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF/CNPJ 047.494.194 / 94 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RAUL ALMEIDA DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 303.696.084 / 09 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima RAUL ALMEIDA DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 303.696.084 / 09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
RUA JOSEFA OLINDINA DA CONCEIÇÃO		S/N	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
JOSE AMÉRICO	RIACHO DOS CAVALOS	PARAÍBA	58970-000
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular(DDD)
JOSEOLIVEIRA.AVOGADO@GMAIL.COM	(83) 99696-4240		(83) 99660-2901

RIACHO DOS CAVALOS/PB, 26 de OUTUBRO de 2018  
Local e Data

Jose Bruno Queiroga de Oliveira  
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017

DOCUMENTO ORIGINAL

29 OUT. 2018





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, NEY ROSSON CAVALCANTE DE SOUSA,  
RG nº 1.402.461, data de expedição 28/07/88, Órgão SSP/PB  
portador do CPF nº 646.504.304-10, com Domicílio na cidade  
de LATUDA DO NORTE, no Estado de PB, onde  
resido na (Rua/Avenida/Estrada) MACAN CAVALCANTE  
nº 350, complemento NAL LAMAS, declaro, sob as penas da  
Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do  
acidente ocorrido com a vítima Raul Almeida de Souza  
cujo o condutor era Alfonso Bezerra da Cruz.

Veículo..... Moto  
Ano..... 2011  
Modelo..... 2012 - Honda Biz 125 ES  
Placa..... MDQ0541/PB  
Chassi..... 9C2JC4820CR283023  
Data do acidente..... 17/09/2017  
Local e data..... Cidade de Rato - PB 19/10/2017

Cartório ROGÉRIO DE LIMA  
Cidade de Rato - PB  
Carlos Marques Peres  
ESCREVENTE  
Cartório do Notário-PB

x NEY ROSSON CAVALCANTE DE SOUSA  
Assinatura do Declarante Proprietário  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

x Alfonso Bezerra da Cruz  
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

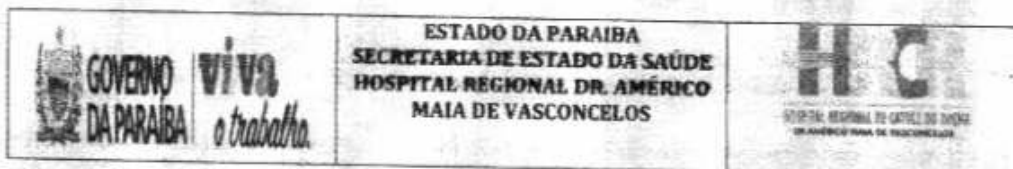
RECONHEÇO (ou) Assino: NEY ROSSON CAVALCANTE DE SOUSA  
PR AUTENTICIDADE  
Cidade de Rato - PB 19/10/2017  
Assinado por: Carlos Marques Peres  
(X) Carlos Marques Peres - Escrevente

DEclarante: NEY ROSSON CAVALCANTE DE SOUSA  
Assinado por: Carlos Marques Peres  
Data: 19/10/2017  
Assinado por: Carlos Marques Peres  
Data: 19/10/2017

Selo Digital: AFX21542 - ZCAE  
Consulte a autenticidade em:  
<https://reelodigital.tjpb.jus.br>

AFX44197 - B CRT





### Declaração

**DECLARAMOS** para os devidos fins de direito que, **RAUL ALMEIDA DE SOUSA**, RG 003.004.322 SSP/RN, residente e domiciliado na Rua: Projetada - Loteamento São Paulo - Catolé do Rocha - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Camilo Bruno Ramalho- CRM/9933, no dia 17 de Setembro de 2017. Deu entrada na Urgência e Emergência vítima de acidente de motocicleta, foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida foi encaminhado para o Hospital de Patos. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

*Giulia Darllen F. de Monteiro*  
Diretora Geral - HCR  
Mat. 14.524-5

*Giulia Darllen de Freitas Ramalho Monteiro*  
Diretora Geral

29 OUT. 2018

Catolé do Rocha - PB, 27 de Setembro de 2017.





01 - ELETIVO  
 02 - URGÊNCIA  
 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA  
 04 - ACIDENTE NO TRAFETO PARA O TRABALHO  
 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

CARÁTER DO ATENDIMENTO

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO

1 - PRESCRITA  
 2 - APLICADA

OBSERVAÇÃO  
 OUTRO HOSPITAL

ENCAMINHAMENTO

RESIDÊNCIA  
 OSITO

INTERNACÃO  
 OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

Ass. dos Profissionais Remun.

Ass. dos Profissionais Contr. Coletivos

Ass. dos Profissionais Contr. Coletivos

CAMILO BRUNO ALVES RAMALHO  
 ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ASS. REVISOR TÉCNICO

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO

CBO

Físico Direto

Número do documento: 20111310573813400000034965185



## RELATORIO DE ENFERMAGEM

Nome: RAUL ALMEIDA DE SOUSA

Leito:

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
12/09/17	08.30	Paciente admitido com náusea, que sendo a, de fato, vítima de acidente de trânsito, apre- sentando presença de trauma à clavícula (E) Siga em observação nas unidades de equi- pe de observação médica e aguardando trans- ferência.	<div data-bbox="1173 586 1362 739" style="position: absolute; transform: rotate(-15deg);"> <p>Dr. João Carlos F. da Enfermagem COREN PB 4999</p> </div>
12/09/17	11:00	Pac. transferido para o Regime de Fato, acom- panhado pelo enfermeiro Caldicani, segue com enfermagem -	<div data-bbox="1220 779 1339 840" style="position: absolute;"> <p>283155</p> </div>

SINAIS VITAIS

[illegible]

29 OUT. 2018





**H.R.P.**  
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS  
GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO



### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a)  
Sr.(a) Raul Almeida de Sousa portador(a) da  
identidade RG. \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi  
atendido(a) por mim no dia de hoje, às 13:00 horas, portador(a) da  
patologia CID-10 S42.0, devendo permanecer  
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 90  
(noventa) dias, a partir desta data.

João H. Sussana Laureano  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7417

Patos-PB, 07/08/17

  
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a)  
Dr.(a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico  
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ 08.778.263/0001-60  
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE  
PATOS - PARAÍBA

29 OUT. 2018





**PREVIDÊNCIA SOCIAL**  
Instituto Nacional do Seguro Social

**INSS - INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL**  
**SABI - Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade**  
**Laudo Médico Pericial**

Página 1 de 1

03/04/2019 07:11:03

**Requerente:** RAUL ALMEIDA DE SOUSA

**Sexo:** Masculino

**Nasc.:** 25/04/1994

**NB:** 620.354.521-3

**Est. Civil:**

**RG.:** 00000004368

**Emissão.:**

**Nº Requer.:** 183234772

**Ocupação:**

**Data Exame:** 13/12/2017

**Ordem:** 2.00

**Benefício:**

AUXILIO-DOENÇA PREVIDENCIARIO

**Início da Doença:** 17/09/2017

**História:**

CONTADOR, EMPREGADO, REFERE QUEDA DE MOTO EM 17/09/2017 COM FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA. TRAZ ATMO E DR. JOÃO SUASSUNA CRM 7417, EM 17/09/2017. REFERE DOR LOCAL, NÃO TRAZ RX. USA OITO GESSADO. PP EM 13/12/2017 REFERE DORES LOCAIS. TRAZ MESMO ATM ANTERIOR. SEM MEDICAÇÃO ATUAL.

**Início da Incapacidade:** 17/09/2017

**CID:** S420

Fratura da clavícula

**Considerações:**

APTO AO TRABALHO. BOA CONVALESCENÇA DE FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA. MANTENHO DCB ANTERIOR.

**Exame Físico:**

BEG, LOTE, A FEBRIL, BOA MOBILIDADE DE OMBRO ESQUERDO, FORÇA MUSCULAR PRESERVADA, ACV NORMAL.

04 ABR. 2019

**Ac. do Trabalho:** NÃO **Encam. à Reab. Profissional:** NÃO

**Espécie de Nexo:**

**Isenção de Carência:** NÃO

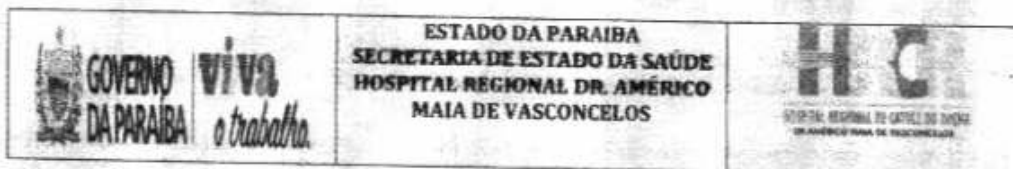
**Auxílio Acidente:** NÃO **Sug. de Apos. por Invalidez:** NÃO

**Vistoria Técnica:**

**Resultado:** Não existe incapacidade laborativa.

O INSS poderá rever a qualquer tempo as informações constantes deste extrato, conforme art. 19, § 3º do Decreto 3.048/99.





### Declaração

**DECLARAMOS** para os devidos fins de direito que, **RAUL ALMEIDA DE SOUSA**, RG 003.004.322 SSP/RN, residente e domiciliado na Rua: Projetada - Loteamento São Paulo - Catolé do Rocha - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar, por Dr. Camilo Bruno Ramalho- CRM/9933, no dia 17 de Setembro de 2017. Deu entrada na Urgência e Emergência vítima de acidente de motocicleta, foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida foi encaminhado para o Hospital de Patos. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

*Giulia Darllen F. de Monteiro*  
Diretora Geral - HPCR  
Mat. 14.524-5

*Giulia Darllen de Freitas Ramalho Monteiro*  
Diretora Geral

29 OUT. 2018

Catolé do Rocha – PB, 27 de Setembro de 2017.





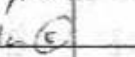
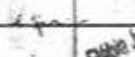
[illegible]

Número do documento: 20111310573813400000034965185

## RELATORIO DE ENFERMAGEM

Nome: RAUL ALMEIDA DE SOUSA

Leito:

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
21/09/17	08:30	Paciente admitido com náusea, frequência cardíaca de 100 batimentos por minuto, pressão arterial de 120/80 mmHg, saturação de oxigênio de 95% em ar ambiente. Exame físico sem alterações. Iniciar medicação conforme prescrição.	
21/09/17	11:00	Paciente transferido para o Regime de Fato, acompanhado pelo enfermeiro Edilson, segue com exames.	

## SINAIS VITAIS

[illegible]

29 OUT. 2018







**H.R.P.**  
HOSPITAL REGIONAL DE PATOS  
GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUNY CARNEIRO

SUS  Sistema  
Único  
de Saúde

### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a)  
Sr.(a) Raul Almeida de Sousa portador(a) da  
identidade RG. \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi  
atendido(a) por mim no dia de hoje, às 13:00 horas, portador(a) da  
patologia CID-10 S42.0, devendo permanecer  
afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 90  
(noventa) dias, a partir desta data.

João H. Sussana Laureano  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7417

Patos-PB, 07/08/17

  
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a)  
Dr.(a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico  
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

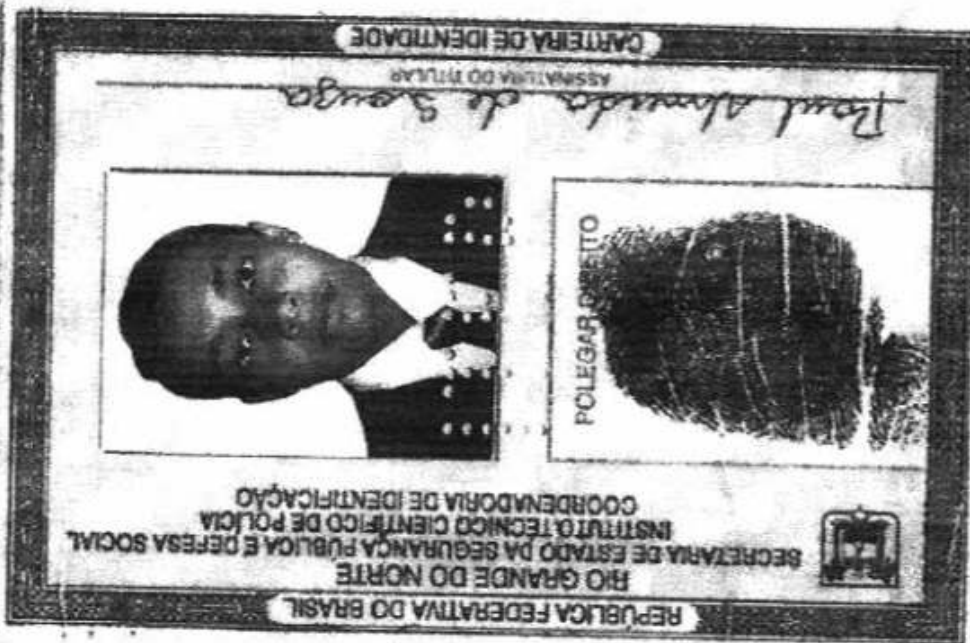
\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXAR AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

CNPJ 08.778.263/0001-60  
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE  
PATOS - PARAÍBA

29 OUT. 2018





29 OUT. 2018



**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REGISTRO GERAL 003.004.322 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/11/2007

RAUL ALMEIDA DE SOUZA

FILIAÇÃO UBIRANI RAFAEL DE SOUZA MARIA RITA DE ALMEIDA

NATURALIDADE FRUTUOSO GOMES RN

DATA DO NASCIMENTO 25/04/1994

DOC. CERT. DE NASCIMENTO L-A-7 F-137 RG-4368

FRUTUOSO GOMES RN-UNICO CARTORIO

CIPP 1a. VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

29 OUT. 2018





29 OUT. 2018

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** RAUL ALMEIDA DE SOUZA, brasileiro, casado, profissão contador, inscrito no CPF sob o nº 101.696.084-09, RG nº 003.004.322 SSP/RN, endereço eletrônico raulalmeida6@gmail.com, residente e domiciliado na Rua Calixto Fernandes Sousa, nº 1.387, Bairro Loteamento São Paulo, na cidade de Catolé do Rocha, CEP.: 58.884-000.

**OUTORGADO:** DR. JOSÉ BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 18.817, com escritório profissional na Rua Josefa Olindina da Conceição, s/n, José Américo, Riacho dos Cavalos/PB, CEP 58870-000.

**PODERES:** Concede poderes especiais do Outorgado para: enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a SUSEP.

**Obs:** É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Riacho dos Cavalos, PB 10 de Outubro de 2018.

  
RAUL ALMEIDA DE SOUZA

RAUL ALMEIDA DE SOUZA  
Outorgante

Av. Josefa Olindina da Conceição, s/n, José Américo, Riacho dos Cavalos/PB, CEP 58870-000

joeloliveira.advogado@gmail.com

Contato (83) 9 9660-2901.





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394338/18

**Vítima:** RAUL ALMEIDA DE SOUZA

**CPF:** 101.696.084-09

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 17/09/2017

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RAUL ALMEIDA DE SOUZA

### 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

#### JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA : 047.494.194-94

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### RAUL ALMEIDA DE SOUZA : 101.696.084-09

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### 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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/10/2018  
Nome: JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA  
CPF: 047.494.194-94

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018  
Nome: MARCOS AURELIO VIDAL  
CPF: 856.703.089-72

JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

MARCOS AURELIO VIDAL





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180508138 **Cidade:** Catolé do Rocha **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAUL ALMEIDA DE SOUZA **Data do acidente:** 17/09/2017 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 08/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### 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





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

Processo: 08026509420198150141

**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 **RAUL ALMEIDA DE SOUZA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A 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 SUPORTADO 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**

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



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,

CATOLE DO ROCHA, 9 de novembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

