



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
36628 364	13/11/2020 10:57	<u>Petição</u>	Petição
36628 367	13/11/2020 10:57	<u>2762326_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
36628 368	13/11/2020 10:57	<u>2762326_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01(1)</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:57:37
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310573758400000034965182>
Número do documento: 20111310573758400000034965182

Num. 36628364 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

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

Nº Sinistro: **3180508138**
Vitima: **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



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

Num. 36628367 - Pág. 1

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

Pag. 00859/00860 - carta_03 - INVALIDEZ



00660430

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.

Carta nº 13565462

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



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

Num. 36628367 - Pág. 2



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, 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 sequela definitiva, 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



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

Num. 36628367 - Pág. 3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMIS (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 SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:	RAUL ALMEIDA DE SOUZA			CPF:	101.696.084-09
Profissão:	CONTADOR	Endereço:	RUA CALIXTO FERNANDES SOUSA	Número:	13 97
Bairro:	LOTEAMENTO SÃO PAULO	Cidade:	CATOLE DO ROCHA	Estado:	CEP: 58884-000
E-mail:	JOSEOLIVEIRA.ADVOGADO@GMAIL.COM			Tel.(DDD):	(83) 99660-2901

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

DADOS CADASTRAIS

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)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se não)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 585 CONTA: 32188 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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: Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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: Catolé do Rocha, PB 26/10/2018

Nome: RAUL ALMEIDA DE SOUSA

CPF: 101.696.084-09

(*) Assinatura de quem assina A RODO

x Raul Almeida de Souza

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 cléncia do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FP5.001 V001/2018

29 OUT. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil
18ª Delegacia Seccional de Polícia
Delegacia de Catolé do Rocha



GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 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 SOUSA 1387, Bairro LOTEAMENTO SÃO PAULO, CATOLE DO ROCHA/PB , referência: *****. Tel/Cel:(83) 9.***;

HISTÓRICO 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 Sítio Cumbi, município de Catole do Rocha/PB, quando a motocicleta foi fechada por um veículo não identificado que vinha no mesmo sentido e fazendo a ultrapassagem; causando o acidente; QUE a vítima foi socorrida por terceiros e encaminhado ao hospital regional de Catolé do Rocha/PB, onde foi constatada fratura de tórax e cravícula esquerda; Segundo prontuário médico. Nada mais a consignar.

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

Raul Almeida de Souza

Notificante Testemunha Arrogada

[Signature]
Assinatura do Policial responsável pelo registro
Madson Leite - EPC-AD-HOC
Matrícula: 182.541-1

PROVÍNCIA SUL/NETTO

DOCUMENTO ORIGINAL

29 OUT. 2018



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil
18ª Delegacia Seccional de Polícia
Delegacia de Catolé do Rocha



GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 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 SOUSA 1387, Bairro LOTEAMENTO SÃO PAULO, CATOLE DO ROCHA/PB , referência: *****. Tel/Cel:(83) 9.***;

HISTÓRICO 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 Sítio Cumbi, município de Catole do Rocha/PB, quando a motocicleta foi fechada por um veículo não identificado que vinha no mesmo sentido e fazendo a ultrapassagem; causando o acidente; QUE a vítima foi socorrida por terceiros e encaminhado ao hospital regional de Catolé do Rocha/PB, onde foi constatada fratura de tórax e cravícula esquerda; Segundo prontuário médico. Nada mais a consignar.

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

Raul Almeida de Souza

Notificante Testemunha Arrogada

[Signature]
Assinatura do Policial responsável pelo registro
Madson Leite - EPC-AD-HOC
Matrícula: 182.541-1

PROVÍNCIA SUL/NETTO

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 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 445/2011

Nome completo: RAUL ALMEIDA DE SOUSA		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-ADV36407@GMAIL.COM	Tel.(DDD): (83) 99660-2901	

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

DADOS CADASTRAIS

<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):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: **BANCO DO BRASIL**

AGÊNCIA: **585**

CONTA: **32188**

5

(Informar o dígito se existir)

1

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **585**

1

CONTA: **32188**

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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: **Catolé do Rocha, PB 26/10/2018**

Nome: **RAUL ALMEIDA DE SOUSA**

CPF: **101.696.084-09**

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 cléncia 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 PARAÍBA - Sec. Est. Saúde
HOSP. REG. CATÓLE DO ROCHA - PB
FICHA ATENDIMENTO AMBULATORIAL

GOVERNO DA PARAÍBA | **viva o trabalho**

CNES: 2592460 CNPJ: 08.778.268/0001-40

NOME: HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS

ENDERECO: RUA CASTELO BRANCO, 349 - BATALHÃO

CIDADE: CATÓLE DO ROCHA

ESTADO: PARÁBA

UF: PB

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: RAUL ALMEIDA DE SOUSA

Mae: MARIA RITA DE ALMEIDA

Nascimento: 25/04/1994 Idade: 23

Profissao: Endereco: RUA PROJETADA

Bairro: L SAO PAULO

Cidade: CATOLE DO ROCHA - PB - 56684-000 - 2504306

CNS: Identidade:

CPF: Reg. Nasç:

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

Ficha Número: 2422

PESO: PA: TEMP: 2021

Num: Fone: (83)99943-4795

Sexo: M

CARÁTER DO ATENDIMENTO

01 - ELETIVO
 02 - URGÊNCIA

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

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO	ENCAMINHAMENTO	
	1. PRESCRITA	2. APlicada
1. PRESCRITA	<input type="checkbox"/> OBSERVAÇÃO	<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA
	<input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL	<input type="checkbox"/> INTERNACAO
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ÓBITO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OUTROS

SERVICOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	3	0	1	6	6	0	0	1	9
2 -										
3 -										

Ass. dos profissionais que realizaram os procedimentos

Cláudia Brumal - CRM-PB 100447

CBQ

Medida: Consulta - CRM-PB 100447
ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPÓNSAVEL: Poligrao Direito

CAMILO BRUNO ALVES RAMALHO - CRM-PB - 708-0008-2018-6821

ASS. REVISOR TÉCNICO: Camilo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO: Camilo

RESULTADOS

05202

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

D. T. 1000 000,00
D. 1. 100,00
3200,00 +
D. 2. 500,00
D. 3. 500,00
D. 4. 500,00
D. 5. 500,00
D. 6. 500,00
D. 7. 500,00
D. 8. 500,00
D. 9. 500,00
D. 10. 500,00
D. 11. 500,00
D. 12. 500,00
D. 13. 500,00
D. 14. 500,00
D. 15. 500,00
D. 16. 500,00
D. 17. 500,00
D. 18. 500,00
D. 19. 500,00
D. 20. 500,00
D. 21. 500,00
D. 22. 500,00
D. 23. 500,00
D. 24. 500,00
D. 25. 500,00
D. 26. 500,00
D. 27. 500,00
D. 28. 500,00
D. 29. 500,00
D. 30. 500,00
D. 31. 500,00
D. 32. 500,00
D. 33. 500,00
D. 34. 500,00
D. 35. 500,00
D. 36. 500,00
D. 37. 500,00
D. 38. 500,00
D. 39. 500,00
D. 40. 500,00
D. 41. 500,00
D. 42. 500,00
D. 43. 500,00
D. 44. 500,00
D. 45. 500,00
D. 46. 500,00
D. 47. 500,00
D. 48. 500,00
D. 49. 500,00
D. 50. 500,00
D. 51. 500,00
D. 52. 500,00
D. 53. 500,00
D. 54. 500,00
D. 55. 500,00
D. 56. 500,00
D. 57. 500,00
D. 58. 500,00
D. 59. 500,00
D. 60. 500,00
D. 61. 500,00
D. 62. 500,00
D. 63. 500,00
D. 64. 500,00
D. 65. 500,00
D. 66. 500,00
D. 67. 500,00
D. 68. 500,00
D. 69. 500,00
D. 70. 500,00
D. 71. 500,00
D. 72. 500,00
D. 73. 500,00
D. 74. 500,00
D. 75. 500,00
D. 76. 500,00
D. 77. 500,00
D. 78. 500,00
D. 79. 500,00
D. 80. 500,00
D. 81. 500,00
D. 82. 500,00
D. 83. 500,00
D. 84. 500,00
D. 85. 500,00
D. 86. 500,00
D. 87. 500,00
D. 88. 500,00
D. 89. 500,00
D. 90. 500,00
D. 91. 500,00
D. 92. 500,00
D. 93. 500,00
D. 94. 500,00
D. 95. 500,00
D. 96. 500,00
D. 97. 500,00
D. 98. 500,00
D. 99. 500,00
D. 100. 500,00
D. 101. 500,00
D. 102. 500,00
D. 103. 500,00
D. 104. 500,00
D. 105. 500,00
D. 106. 500,00
D. 107. 500,00
D. 108. 500,00
D. 109. 500,00
D. 110. 500,00
D. 111. 500,00
D. 112. 500,00
D. 113. 500,00
D. 114. 500,00
D. 115. 500,00
D. 116. 500,00
D. 117. 500,00
D. 118. 500,00
D. 119. 500,00
D. 120. 500,00
D. 121. 500,00
D. 122. 500,00
D. 123. 500,00
D. 124. 500,00
D. 125. 500,00
D. 126. 500,00
D. 127. 500,00
D. 128. 500,00
D. 129. 500,00
D. 130. 500,00
D. 131. 500,00
D. 132. 500,00
D. 133. 500,00
D. 134. 500,00
D. 135. 500,00
D. 136. 500,00
D. 137. 500,00
D. 138. 500,00
D. 139. 500,00
D. 140. 500,00
D. 141. 500,00
D. 142. 500,00
D. 143. 500,00
D. 144. 500,00
D. 145. 500,00
D. 146. 500,00
D. 147. 500,00
D. 148. 500,00
D. 149. 500,00
D. 150. 500,00
D. 151. 500,00
D. 152. 500,00
D. 153. 500,00
D. 154. 500,00
D. 155. 500,00
D. 156. 500,00
D. 157. 500,00
D. 158. 500,00
D. 159. 500,00
D. 160. 500,00
D. 161. 500,00
D. 162. 500,00
D. 163. 500,00
D. 164. 500,00
D. 165. 500,00
D. 166. 500,00
D. 167. 500,00
D. 168. 500,00
D. 169. 500,00
D. 170. 500,00
D. 171. 500,00
D. 172. 500,00
D. 173. 500,00
D. 174. 500,00
D. 175. 500,00
D. 176. 500,00
D. 177. 500,00
D. 178. 500,00
D. 179. 500,00
D. 180. 500,00
D. 181. 500,00
D. 182. 500,00
D. 183. 500,00
D. 184. 500,00
D. 185. 500,00
D. 186. 500,00
D. 187. 500,00
D. 188. 500,00
D. 189. 500,00
D. 190. 500,00
D. 191. 500,00
D. 192. 500,00
D. 193. 500,00
D. 194. 500,00
D. 195. 500,00
D. 196. 500,00
D. 197. 500,00
D. 198. 500,00
D. 199. 500,00
D. 200. 500,00
D. 201. 500,00
D. 202. 500,00
D. 203. 500,00
D. 204. 500,00
D. 205. 500,00
D. 206. 500,00
D. 207. 500,00
D. 208. 500,00
D. 209. 500,00
D. 210. 500,00
D. 211. 500,00
D. 212. 500,00
D. 213. 500,00
D. 214. 500,00
D. 215. 500,00
D. 216. 500,00
D. 217. 500,00
D. 218. 500,00
D. 219. 500,00
D. 220. 500,00
D. 221. 500,00
D. 222. 500,00
D. 223. 500,00
D. 224. 500,00
D. 225. 500,00
D. 226. 500,00
D. 227. 500,00
D. 228. 500,00
D. 229. 500,00
D. 230. 500,00
D. 231. 500,00
D. 232. 500,00
D. 233. 500,00
D. 234. 500,00
D. 235. 500,00
D. 236. 500,00
D. 237. 500,00
D. 238. 500,00
D. 239. 500,00
D. 240. 500,00
D. 241. 500,00
D. 242. 500,00
D. 243. 500,00
D. 244. 500,00
D. 245. 500,00
D. 246. 500,00
D. 247. 500,00
D. 248. 500,00
D. 249. 500,00
D. 250. 500,00
D. 251. 500,00
D. 252. 500,00
D. 253. 500,00
D. 254. 500,00
D. 255. 500,00
D. 256. 500,00
D. 257. 500,00
D. 258. 500,00
D. 259. 500,00
D. 260. 500,00
D. 261. 500,00
D. 262. 500,00
D. 263. 500,00
D. 264. 500,00
D. 265. 500,00
D. 266. 500,00
D. 267. 500,00
D. 268. 500,00
D. 269. 500,00
D. 270. 500,00
D. 271. 500,00
D. 272. 500,00
D. 273. 500,00
D. 274. 500,00
D. 275. 500,00
D. 276. 500,00
D. 277. 500,00
D. 278. 500,00
D. 279. 500,00
D. 280. 500,00
D. 281. 500,00
D. 282. 500,00
D. 283. 500,00
D. 284. 500,00
D. 285. 500,00
D. 286. 500,00
D. 287. 500,00
D. 288. 500,00
D. 289. 500,00
D. 290. 500,00
D. 291. 500,00
D. 292. 500,00
D. 293. 500,00
D. 294. 500,00
D. 295. 500,00
D. 296. 500,00
D. 297. 500,00
D. 298. 500,00
D. 299. 500,00
D. 300. 500,00
D. 301. 500,00
D. 302. 500,00
D. 303. 500,00
D. 304. 500,00
D. 305. 500,00
D. 306. 500,00
D. 307. 500,00
D. 308. 500,00
D. 309. 500,00
D. 310. 500,00
D. 311. 500,00
D. 312. 500,00
D. 313. 500,00
D. 314. 500,00
D. 315. 500,00
D. 316. 500,00
D. 317. 500,00
D. 318. 500,00
D. 319. 500,00
D. 320. 500,00
D. 321. 500,00
D. 322. 500,00
D. 323. 500,00
D. 324. 500,00
D. 325. 500,00
D. 326. 500,00
D. 327. 500,00
D. 328. 500,00
D. 329. 500,00
D. 330. 500,00
D. 331. 500,00
D. 332. 500,00
D. 333. 500,00
D. 334. 500,00
D. 335. 500,00
D. 336. 500,00
D. 337. 500,00
D. 338. 500,00
D. 339. 500,00
D. 340. 500,00
D. 341. 500,00
D. 342. 500,00
D. 343. 500,00
D. 344. 500,00
D. 345. 500,00
D. 346. 500,00
D. 347. 500,00
D. 348. 500,00
D. 349. 500,00
D. 350. 500,00
D. 351. 500,00
D. 352. 500,00
D. 353. 500,00
D. 354. 500,00
D. 355. 500,00
D. 356. 500,00
D. 357. 500,00
D. 358. 500,00
D. 359. 500,00
D. 360. 500,00
D. 361. 500,00
D. 362. 500,00
D. 363. 500,00
D. 364. 500,00
D. 365. 500,00
D. 366. 500,00
D. 367. 500,00
D. 368. 500,00
D. 369. 500,00
D. 370. 500,00
D. 371. 500,00
D. 372. 500,00
D. 373. 500,00
D. 374. 500,00
D. 375. 500,00
D. 376. 500,00
D. 377. 500,00
D. 378. 500,00
D. 379. 500,00
D. 380. 500,00
D. 381. 500,00
D. 382. 500,00
D. 383. 500,00
D. 384. 500,00
D. 385. 500,00
D. 386. 500,00
D. 387. 500,00
D. 388. 500,00
D. 389. 500,00
D. 390. 500,00
D. 391. 500,00
D. 392. 500,00
D. 393. 500,00
D. 394. 500,00
D. 395. 500,00
D. 396. 500,00
D. 397. 500,00
D. 398. 500,00
D. 399. 500,00
D. 400. 500,00
D. 401. 500,00
D. 402. 500,00
D. 403. 500,00
D. 404. 500,00
D. 405. 500,00
D. 406. 500,00
D. 407. 500,00
D. 408. 500,00
D. 409. 500,00
D. 410. 500,00
D. 411. 500,00
D. 412. 500,00
D. 413. 500,00
D. 414. 500,00
D. 415. 500,00
D. 416. 500,00
D. 417. 500,00
D. 418. 500,00
D. 419. 500,00
D. 420. 500,00
D. 421. 500,00
D. 422. 500,00
D. 423. 500,00
D. 424. 500,00
D. 425. 500,00
D. 426. 500,00
D. 427. 500,00
D. 428. 500,00
D. 429. 500,00
D. 430. 500,00
D. 431. 500,00
D. 432. 500,00
D. 433. 500,00
D. 434. 500,00
D. 435. 500,00
D. 436. 500,00
D. 437. 500,00
D. 438. 500,00
D. 439. 500,00
D. 440. 500,00
D. 441. 500,00
D. 442. 500,00
D. 443. 500,00
D. 444. 500,00
D. 445. 500,00
D. 446. 500,00
D. 447. 500,00
D. 448. 500,00
D. 449. 500,00
D. 450. 500,00
D. 451. 500,00
D. 452. 500,00
D. 453. 500,00
D. 454. 500,00
D. 455. 500,00
D. 456. 500,00
D. 457. 500,00
D. 458. 500,00
D. 459. 500,00
D. 460. 500,00
D. 461. 500,00
D. 462. 500,00
D. 463. 500,00
D. 464. 500,00
D. 465. 500,00
D. 466. 500,00
D. 467. 500,00
D. 468. 500,00
D. 469. 500,00
D. 470. 500,00
D. 471. 500,00
D. 472. 500,00
D. 473. 500,00
D. 474. 500,00
D. 475. 500,00
D. 476. 500,00
D. 477. 500,00
D. 478. 500,00
D. 479. 500,00
D. 480. 500,00
D. 481. 500,00
D. 482. 500,00
D. 483. 500,00
D. 484. 500,00
D. 485. 500,00
D. 486. 500,00
D. 487. 500,00
D. 488. 500,00
D. 489. 500,00
D. 490. 500,00
D. 491. 500,00
D. 492. 500,00
D. 493. 500,00
D. 494. 500,00
D. 495. 500,00
D. 496. 500,00
D. 497. 500,00
D. 498. 500,00
D. 499. 500,00
D. 500. 500,00
D. 501. 500,00
D. 502. 500,00
D. 503. 500,00
D. 504. 500,00
D. 505. 500,00
D. 506. 500,00
D. 507. 500,00
D. 508. 500,00
D. 509. 500,00
D. 510. 500,00
D. 511. 500,00
D. 512. 500,00
D. 513. 500,00
D. 514. 500,00
D. 515. 500,00
D. 516. 500,00
D. 517. 500,00
D. 518. 500,00
D. 519. 500,00
D. 520. 500,00
D. 521. 500,00
D. 522. 500,00
D. 523. 500,00
D. 524. 500,00
D. 525. 500,00
D. 526. 500,00
D. 527. 500,00
D. 528. 500,00
D. 529. 500,00
D. 530. 500,00
D. 531. 500,00
D. 532. 500,00
D. 533. 500,00
D. 534. 500,00
D. 535. 500,00
D. 536. 500,00
D. 537. 500,00
D. 538. 500,00
D. 53

RAUL ALMEIDA DE SOUZA

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

Cls/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:000017663287

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

Conta referente a **Apresentação**

CPF/ CNPJ/ RANI

SET/2018 **05/09/2018** **05/10/2018**

10169608409

Insc. Est.

Uf (Unidade Consumidora): 5/1766328-7

29 OUT. 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

Num. 36628367 - Pág. 9

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal

Documento não é negotiável de conta

Este documento representa pagamento da taxa fiscaliforma de arrendamento - Nº 014.336.907



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 20 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58071-400
CNPJ: 00.000.100/0001-00 - INSC. FED: 16.315.522-0

DADOS DO CLIENTE:
REGINALDO VIEIRA DE FREITAS
RUA JOSÉFA OLIVEIRA DA CONCEIÇÃO, 59
MACHO DOS CHAVES

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

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



REGINALDO VIEIRA DE FREITAS

Residencial 14-248-405-6645
03610000006-6 360100040005-3 17130762018-6 10000248979-6



VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MATRÍCULA
31/10/2018 R\$ 36,91 1713076-2018-10

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

Num. 36628367 - Pág. 10



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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE BRUNO GUERROGA 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 103.696.084 / 09, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima RAUL ALMEIDA DE SOUZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.696.084 / 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 Lider-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 S/N	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>RUA JOSEFA OLINDINA DA CONCEIÇÃO</u>	<u>RIACHO DOS CAVALOS</u>	<u>PARÁIBA</u>	<u>58870-000</u>
<u>JOSE AMÉRICO</u>		<u>Telefone comercial (DDD)</u> <u>(83) 99696-4240</u>	<u>Telefone celular (DDD)</u> <u>(83) 99660-2901</u>
<u>Email</u> <u>JOSEOLIVEIRA.ADVOCADO@GMAIL.COM</u>			

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

Jose Bruno Guerroga de Oliveira
Assinatura do Declarante

DLDRL001V001/2017

DOCUMENTO ORIGINAL

29 OUT. 2018



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, NEV ROBSON 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 LATOLÉ IV NOGUEIRA, no Estado de PB, onde
 resido na (Rua/Avenida/Estrada) MARQUES CAVALCANTE
 nº 350, complemento Nº 01 LANTAS, 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 da Senna
 cujo o condutor era Alciano Bezerra da Cruz.

Veículo.....: Moto
 Ano.....: 2011
 Modelo.....: 2012 - Honda Biz 125 ES
 Placa.....: MDO 0541 / PB
 Chassi.....: 9C2JF4820CR283023
 Data do acidente.: 17/09/2017
 Local e data.....: Cdo. Radial - PB 19/10/2017

Centro Poderoso da Juventude
 Celso Barbosa - Presidente
 Carlos Moreira Bozzo - Vice-Presidente
 - Escrivente

Cartório do Município de João Pessoa

X Alciano Bezerra da Cruz

Assinatura do Declarante Proprietário
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

Alciano Bezerra da Cruz

Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



RECONHECO para mim, NEV ROBSON CAVALCANTE DE SOUSA	
Av. Vaudreuil Souza, 92 Centro - CEP: 58015-072	
Cidade de João Pessoa (PB) - Brasil	
(RG) 347-7444	
<input checked="" type="checkbox"/> Coluna Flexível de Ponta - Titular <input checked="" type="checkbox"/> Carlos Henrique Bezerra - Escrivente	

2018-10-29 10:57:38

Escrivente

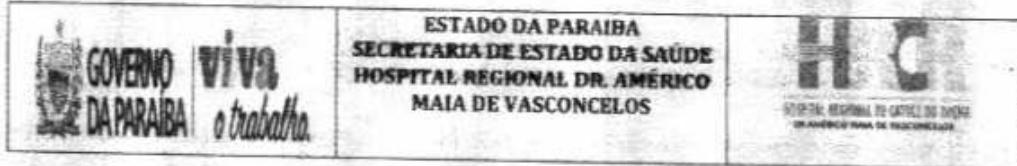
Selo Digital: AFX21542 - ZCAE
 Consulte a autenticidade em:
<http://selodigital.tpb.jus.br>

NOTARIAL E 1º OFÍCIO	de Alciano Bezerra da Cruz por autenticidade data: 19/10/2017
PROTESTO DE QUE NÃO PODE SER EXIGIDA DA MESA NOTARIAL	19/10/2017
PROTESTO DE QUE NÃO PODE SER EXIGIDA DA MESA NOTARIAL	19/10/2017

SELADO EM 19/10/2017

AFX49197-B057





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.

Giula Darllen F. A. Monteiro
Diretora Geral HPCR
Mat. HPCR-5

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

29 OUT. 2018

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



TJRESTADO DA PARAÍBA - Sec. Est. Saúde
HOSP. REG. CATOLE DO ROCHA - PB
FICHA ATENDIMENTO AMBULATORIALGOVERNO
DA PARAÍBA
VIVER
o trabalhoMATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS
01 - TRabalho 0001 3200 + 2700
02 - Doenças 4400 + 2000 5000 (50)
03 - Calculos 0000 0000

05202

CNPJ: 06.778.268/0001-80
HOSPITAL REGIONAL DR AMÉRICO MARIA DE VASCONCELOS
ENDERECO: RUA CASTELO BRANCO, 349 - BATALHÃO
CIDADE: CATOLE DO ROCHAESTADO: PARÁ
UF: PB01 - ELETIVO
02 - URGENCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOSCARÁTER DO ATENDIMENTO
DIAGNÓSTICO
Descrição
CID-10

Ass. dos Profissionais de Saúde (Câmara de Cambé)

29 OUT. 2018

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome: RAUL ALMEIDA DE SOUSA

Leito:

SINAIS VITAIS

29 OUT. 2018





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr.(a) João Almeida da Souza 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. Suaçura Laranjeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 7.17

Patos-PB, 27/08/17

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 08.778.268/0001-66
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAÍBA

29 OUT. 2018





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

Nº Requer.: 183234772

Ocupação:

Emissão.:

Data Exame: 13/12/2017

Ordem: 2.00

Benefício:

AUXILIO-DOENCA PREVIDENCIARIO

Inicio da Doença: 17/09/2017

História:

CONTADRO, EMRPEGADO, REFERE QUEDA DE MOTO EM 17092017 COMF RATURA DE CLAVICULA ESQUERDA. TRAZ ATM E DR JOÃO SUASSUNA CRM 7417, EM 170982017. REFERE DOR LOCAL, NÃO TRAZ RX. USA OITO GESSADO. PP EM 13122017 REFERE DORES LOCAIS. TRAZ MESMO ATM ANTERIOR. SEM MEDICAÇÃO ATUAL.

Inicio da Incapacidade: 17/09/2017

CID: S420

Fratura da clavícula

Considerações:

APTO AO TRABALHO .BOA CONVALESCÊNCIA 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.

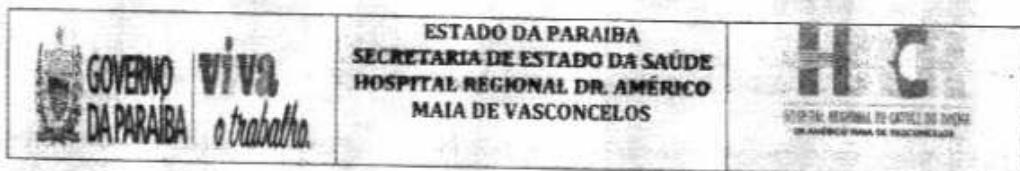


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:57:38

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

Número do documento: 20111310573813400000034965185

Num. 36628367 - Pág. 17



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.

Giula Darllen F. A. Monteiro
Diretora Geral HPCR
Mat. HPCR-5

Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

29 OUT. 2018

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



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome: RAUL ALMEIDA DE SOUSA

Leito:

SINAIS VITAIS

29 OUT. 2018





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr.(a) João Almeida da Souza 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. Suaçura Laranjeira
Ortopedia e Traumatologista
CRM-PB 7.17

Patos-PB, 27/08/17

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

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

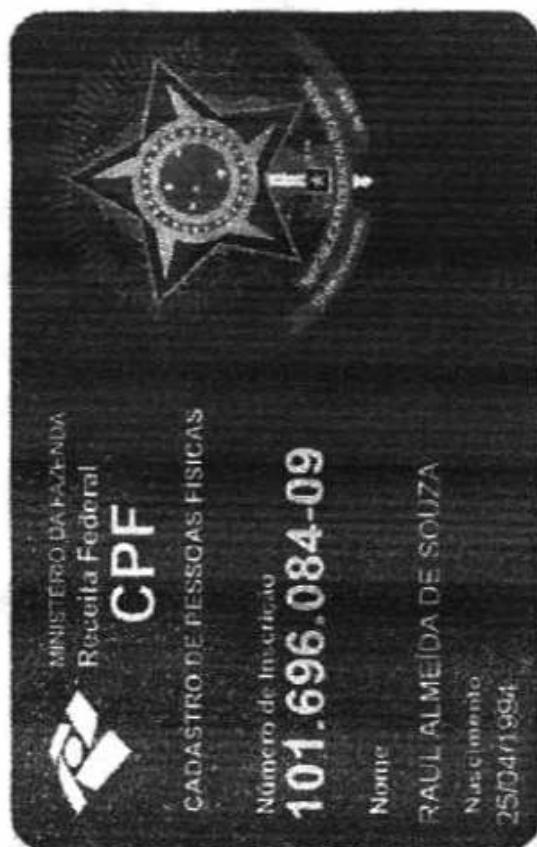
CNPJ 08.778.268/0001-66
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE
PATOS - PARAÍBA

29 OUT. 2018





29 OUT. 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

Num. 36628367 - Pág. 22

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REC. Nº	003.004.322	EMITIDA	09/11/2007
CLASSE	Nenhuma	EXPIRAÇÃO	
RAUL ALMEIDA DE SOUZA			
FILIAÇÃO	UBIRANI RAYAEL DE SOUZA MARIA RITA DE ALMEIDA	DATA LIV. NASCIMENTO/POL.	
NATURALIDADE	FRUTUOSO GOMES RN	... 25/04/1984.	
DOC. CIVIL	CERT. DE NASCIMENTO L-A-7	P-137	RG-4368
	FRUTUOSO GOMES RN-UNICO CARTORIO		
CEP:	18. VIA 		
	LEI Nº 7.116 DE 29/08/63		

29 OUT. 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

Num. 36628367 - Pág. 23

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO - DENTRAN

SEGURO DEITÁTÓRIO DE DANOS ESSAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU PÓRTA CANA A PASSAGENS
TRANSPORTADAS QUAGA - SEGURO DEVAT

Nº 012007772561 | N.º DE SEGURO DEVAT

IPBMB 0120050772561 | N.º DE SEGURO DEVAT

NEY ROBSON CAVALCANTI DE SOUSA

NOVO PR 929704820CB241023

PAS/MOTONETA NÃO AR/TC

HONDA/BIZ 125 ES

2014 2014

VERMELHA

ALCO/GASOL

0005417PB

DOCUMENTO ORIGINAL



29 OUT. 2018

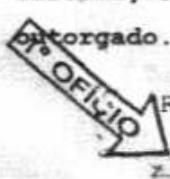
PROCURAÇÃO

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 Lider, Seguradoras conveniadas a Lider 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
joseoliveira.advogado@gmail.com
Contato (83) 9 9660-2901.



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

Num. 36628367 - Pág. 25

RÉCONHEÇO as/ta(s) firma(s) Pedro de Raul
Almeida da Rosa por pre-
sentá-los

Em test^o de 26 de 10 de 18

Catolé do Rocha, 26 de 10 de 18
Panada de S. Nôtre Sen

Serventuário

SELO DIGITAL - Lei Estadual-PB nº 10.132/2013
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CNE nº 07058

Comarca de Catolé do Rocha-PB

Código do Selo:

AHP51695-7BQ0
A autenticidade do documento pode ser conferida
no site: <http://pje.tjpb.jus.br> ou no endereço digital

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO

Saneide de Fátima Monteiro Lira
Escrevente Autorizada
Catolé do Rocha-PB

29 OUT. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0394338/18

Vítima: RAUL ALMEIDA DE SOUZA

CPF: 101.696.084-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/09/2017

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

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 médica-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 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



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

Num. 36628367 - Pág. 27

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 Duto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

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.

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:57:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310573851800000034965186>
Número do documento: 20111310573851800000034965186

Num. 36628368 - Pág. 1

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:57:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310573851800000034965186>
Número do documento: 20111310573851800000034965186

Num. 36628368 - Pág. 2