



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
<b>RAUL ALMEIDA DE SOUZA (AUTOR)</b>	<b>JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35988 307	27/10/2020 19:27	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
35988 309	27/10/2020 19:27	<a href="#"><u>2762326_PROC ADM</u></a>	Outros Documentos
35988 310	27/10/2020 19:27	<a href="#"><u>2762326_JUNTADA_PROCESSO_ADMINISTRATIVO_SEM_PAGAMENTO_SEM_LESAO</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/10/2020 19:27:05  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102719270497100000034367949>  
Número do documento: 20102719270497100000034367949

Num. 35988307 - 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



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](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**





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 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 - 27/10/2020 19:27:07  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102719270612400000034367951>  
Número do documento: 20102719270612400000034367951

Num. 35988309 - 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 Complemento:
Bairro:	LOTEAMENTO SÃO PAULO	Cidade:	CATOLE DO ROCHA	Estado: PB 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



# 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/NETO

DOCUMENTO ORIGINAL

29 OUT. 2018





# 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/NETO

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:	Endereço:		Número:	1387
CONTADOR	RUA CALIXTO FERNANDES SOUSA		Complemento:	
Bairro:	Cidade:		Estado:	PB
LOTEAMENTO SÃO PAULO	CATOLE DO ROCHA		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)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:   CONTA:  

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 585

CONTA: 32188

5

(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

MORTE

**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 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.

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

**TRR**

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

**GOVERNO DA PARAIBA** | **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: CATOLE 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:

SAO PAULO

Cidade:

CATOLE DO ROCHA - PB - 58684-000 - 2504306

CNS:

Identidade:

Reg. Nasç.:

Recpcionista:

Ficha Numero:

2422

Data / Hora:

17/09/2017 08:00:51

2021

PESO:

PA:

TEMP:

Num:

fone: (83)99943-4795

Sexo: M

UF: PB

ESTADO: PARÁBA

**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](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a **Apresentação**

CPF/ CNPJ/ RANI

**10169608409**  
Insc. Est.

Data prevista da  
próxima leitura

**05/10/2018**

**SET/2018**

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

29 OUT. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/10/2020 19:27:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102719270612400000034367951>

Número do documento: 20102719270612400000034367951

Num. 35988309 - Pág. 9

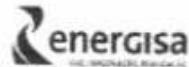
## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal

Documento não é orgânia de conta

Este documento representa pagamento da fatura fiscalizada da unidade sócio:

Nº 014.355.907



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Av 230, Km 20 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP 50071-400  
CNPJ: 00.000.100/0001-00 - INSC. FISCAIS: 16.015.522-0

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

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1713076-6

REFERÊNCIA  
**OUT/2018**

APRESENTAÇÃO  
**24/10/2018**

CONSUMO  
**6**

VENCIMENTO  
**31/10/2018**

TOTAL A PAGAR  
**R\$ 36,91**

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



REGINALDO VIEIRA DE FREITAS

Residencial 14-248-405-6645

0361000006-6 360100040005-3 17130762018-6 10000248979-6



VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MATRÍCULA  
31/10/2018 R\$ 36,91 17130762018-6

07 NOV. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/10/2020 19:27:07  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102719270612400000034367951>  
Número do documento: 20102719270612400000034367951

Num. 35988309 - 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 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 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>JOSE AMÉRICO</u>	<u>RIACHO DOS CAVALOS</u>	<u>PARÁIBA</u>	<u>58870-000</u>
<u>JOSEOLIVEIRA.ADVOCADO@GMAIL.COM</u>	<u>(83) 99696-4240</u>	<u>Telefone comercial (DDD)</u>	<u>Telefone celular (DDD)</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 Senna.

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 - Vice-Presidente  
 - Escrivente

Cartório do Município de João Pessoa

X Alciano Bezerra da Senna  
 Assinatura do Declarante Proprietário  
 (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

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



RECONHECO que sou: <u>NEV ROBSON CAVALCANTE DE SOUSA</u>
RG: <u>1.402.461</u> - EXPEDIDA: <u>28/07/88</u>
CPF: <u>646.504.304-10</u> - EXPEDIDA: <u>17/09/2017</u>
C. de Radial-PB: <u>350</u> - EXPEDIDA: <u>17/09/2017</u>
RESIDENCIAL: <u>Marques Cavalcante</u> - Lote: <u>01</u>
CEP: <u>58015-144</u> - Cidade: <u>João Pessoa</u>
UF: <u>PB</u> - País: <u>Brasil</u>
1 Coluna: <input checked="" type="checkbox"/> Declarante de Ponta - Titular
2 Coluna: <input checked="" type="checkbox"/> Carlos Henrique Bezerra - Escrivente

2010271927061240000034367951

Escrivente

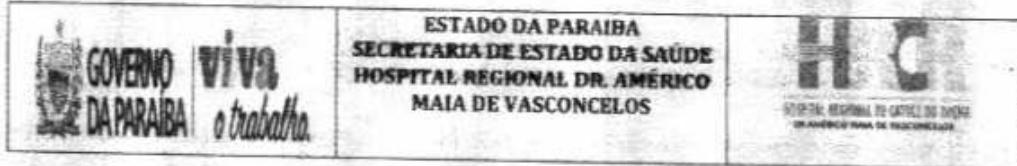
Selo Digital: AFX21542 - ZCAE  
 Consulte a autenticidade em:  
<http://selodigital.tpbjus.br>

NOTARIAL E 1º OFÍCIO	de Alciano Bezerra da Senna por autenticidade data: 19/10/2017
PROTESTO: <input checked="" type="checkbox"/>	1º Ofício - Centro Poderoso da Juventude de João Pessoa
DATA: 19/10/2017	Assinatura: <u>Alciano Bezerra da Senna</u>
SELADO: <input checked="" type="checkbox"/>	SELADO: <input checked="" type="checkbox"/>

2010271927061240000034367951

AFX49197-B0EF





## 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. A. Monteiro*  
Diretora Geral HPCR  
Mat. 10004-5

*Giulia Darllen de Freitas Ramalho Monteiro*  
Diretora Geral

29 OUT. 2018

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



**TJR**ESTADO 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: 06.778.268/0001-60  
HOSPITAL REGIONAL DR AMÉRICO MARIA DE VASCONCELOS  
ENDERECO: RUA CASTELO BRANCO, 349 - BATALHÃO  
CIDADE: CATOLE DO ROCHAESTADO: PARÁ  
UF: PBCARÁTER DO ATENDIMENTO  
01 - ELETIVO  
02 - URGENCIA03 - 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

Derrame (200 ml), +  
Fonte: (03)99943-4795DIAGNÓSTICO  
CID-10Derrame (200 ml), +  
Fonte: (03)99943-4795

Ass. dos Profissionais de Saúde (Câmara de Cambé)

29 OUT. 2018

Ass. REVISOR TÉCNICO - Cambé

Ass. REVISOR ADMINISTRATIVO - Cambé

Ass. REVISOR CLÍNICO - Cambé

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome: RAUL ALMEIDA DE SOUSA

Leito:

SINAIS VITAIS

29 OUT. 2018





HOSPITAL REGIONAL DE PATOS  
GOVERNO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE



Sistema  
Único  
de Saúde

### 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

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





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:

CONTADOR, EMPREGADO, 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

Resultado: Não existe incapacidade laborativa.

Espécie de Nexo:

Isenção de Carência: NÃO

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

Vistoria Técnica:

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

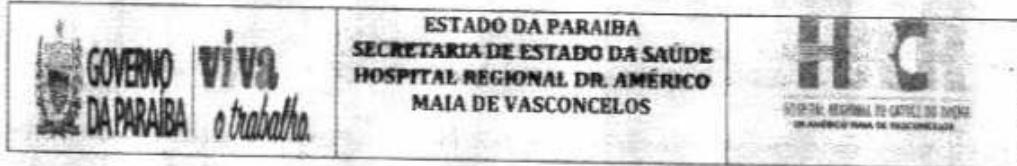


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/10/2020 19:27:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102719270612400000034367951>

Número do documento: 20102719270612400000034367951

Num. 35988309 - 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. 10004-5

*Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro*  
Diretora Geral

29 OUT. 2018

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



**TJR**ESTADO 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 - D.1 0001 3200 + 2700  
03 - S. Calcular 0001 3200 + 2700

29 OUT. 2018

CNPJ: 06.778.268/0001-80  
HOSPITAL REGIONAL DR AMÉRICO MARIA DE VASCONCELOS  
ENDERECO: RUA CASTELO BRANCO, 349 - BATALHÃO  
CIDADE: CATOLE DO ROCHA

ESTADO: PARAÍBA

UF: PB

01 - 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 FÍSICOS

PROcedimento Descrição

## 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

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

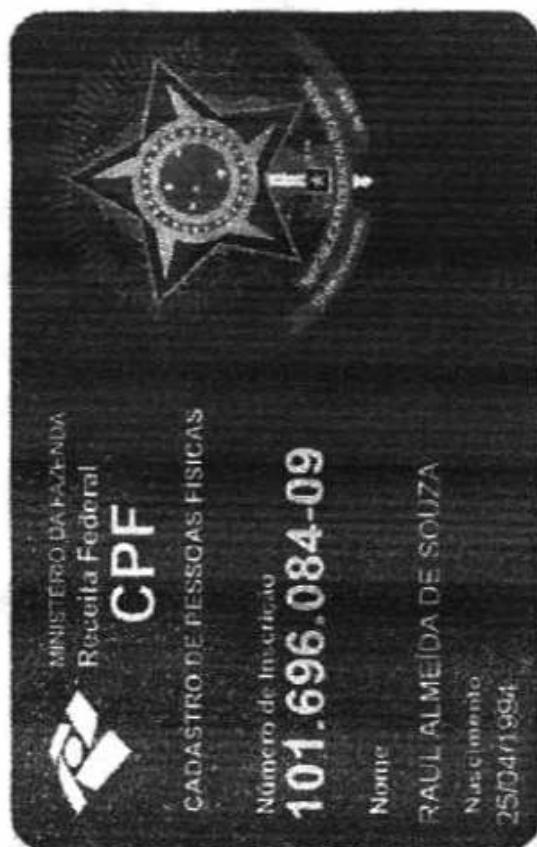
CNPJ 08.778.268/0001-66  
RUA HORÁCIO NÓBREGA, S/N - BAIRRO BELO HORIZONTE  
PATOS - PARAÍBA

29 OUT. 2018





29 OUT. 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/10/2020 19:27:07  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102719270612400000034367951>  
Número do documento: 20102719270612400000034367951

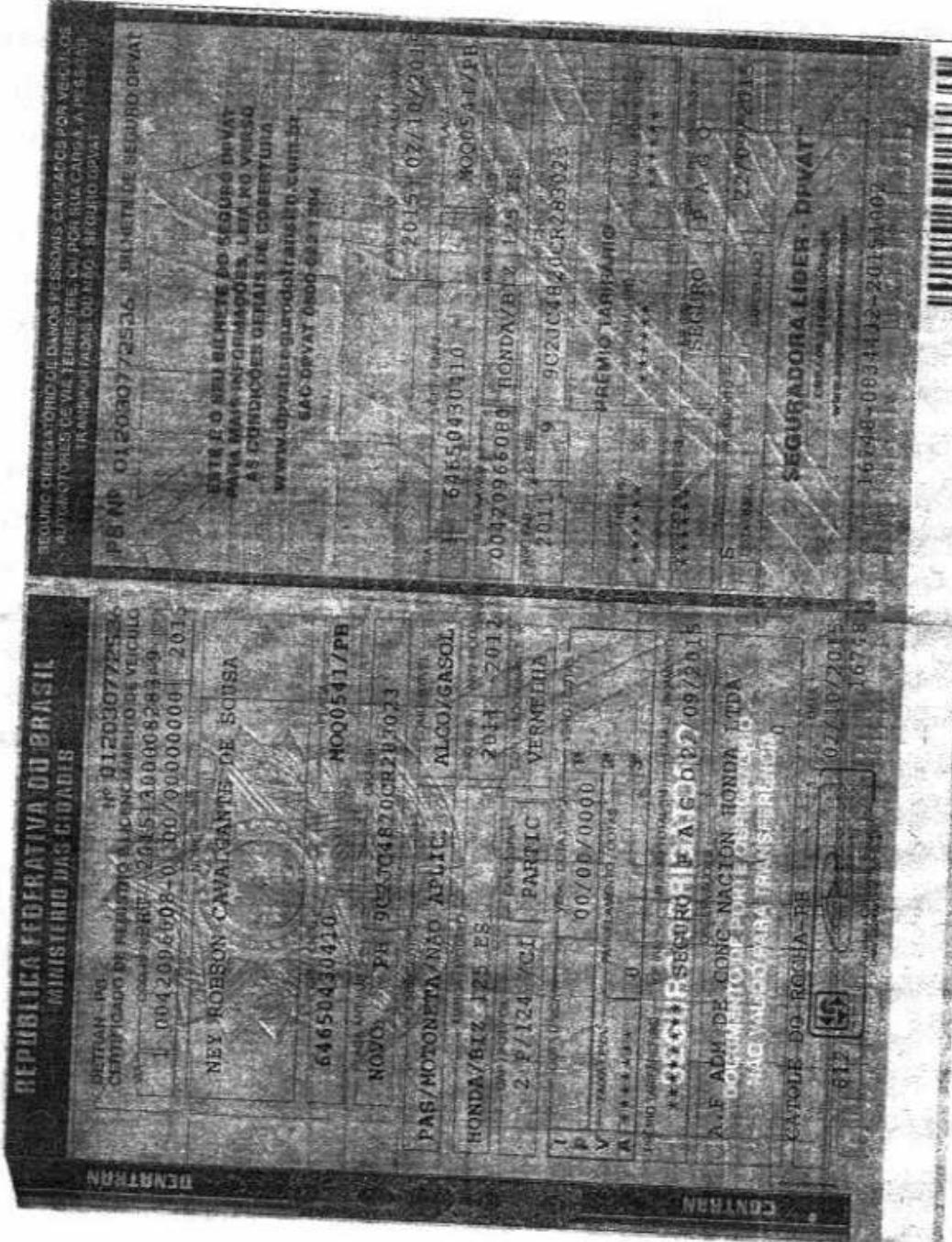
Num. 35988309 - Pág. 22

**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REC. Nº	003.004.322	EMITIDA	09/11/2007
CLASSE	Nenhuma	EXPIRAÇÃO	
<b>RAUL ALMEIDA DE SOUZA</b>			
FILIAÇÃO	UBIRANI RAYAEL DE SOUZA MARIA RITA DE ALMEIDA	DATA DE NASCIMENTO/PO	
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 <i>[Assinatura]</i>		
	LEI Nº 7.116 DE 29/08/63		

29 OUT. 2018





29 OUT. 2018



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](mailto:joseoliveira.advogado@gmail.com)  
Contato (83) 9 9660-2901.



RÉCONHEÇO as/ta(s) *Pátria do Raul*  
*chamada de Raul por pa-*  
*tentidade* /x x x x x-x-x

Em test<sup>o</sup> *lame* do Ano de  
Cabo de Rocha, 26 de 10 de 18  
*Pátria do E. N. R. Lira*  
Serventuário

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

**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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/10/2020 19:27:07  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102719270612400000034367951>  
Número do documento: 20102719270612400000034367951

Num. 35988309 - 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 EVIDENCIAM PRESENÇAS 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.**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, 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 respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, pois, o Laudo informa que a parte autora não restou permanentemente inválida, motivo pelo qual não houve pagamento em sede administrativa.

Ademais, reitera a Ré que a parte autora não traz aos autos qualquer documento que comprove uma suposta condição de inválida, com a quantificação da lesão.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CATOLE DO ROCHA, 27 de outubro 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/10/2020 19:27:07  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102719270714300000034367952>  
Número do documento: 20102719270714300000034367952

Num. 35988310 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/10/2020 19:27:07  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102719270714300000034367952>  
Número do documento: 20102719270714300000034367952

Num. 35988310 - Pág. 2