



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)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35988307	27/10/2020 19:27	Petição	Petição
35988309	27/10/2020 19:27	2762326_PROC ADM	Outros Documentos
35988310	27/10/2020 19:27	2762326_JUNTADA_PROCESSO_ADMINISTRATIVO SEM PAGAMENTO SEM LESAO	Outros Documentos

EM ANEXO



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

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00859/00860 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13565462





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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





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 SUSPEP Nº 445/2012

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

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

DADOS CADASTRAIS
RENDA MENSAL:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (343)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 585 1 CONTA: 32188 5
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Catole do Rocha, PB 26/10/2018

Nome: RAUL ALMEIDA DE SOUZA

CPF: 101.696.084-09

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Raul Almeida de Souza
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-fé da ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

29 OUT. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 972/2018

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

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

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

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

HISTORICO DO FATO

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

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

Raul Almeida de Souza

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Madson Leite - EPC-AD-HOC

Matrícula: 182.541-1

INSCRIÇÃO ELETRÔNICA

DOCUMENTO ORIGINAL

29 OUT. 2018





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 972/2018

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

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

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

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

HISTORICO DO FATO

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

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

Raul Almeida de Souza

☒ Notificante

☐ Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro

Madson Leite - EPC-AD-HOC

Matrícula: 182.541-1

INSCRIÇÃO ELETRÔNICA

DOCUMENTO ORIGINAL

29 OUT. 2018





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

RAUL ALMEIDA DE SOUZA

CPF: 101.696.084-09

Profissão:

CONTADOR

Endereço:

RUA CALIXTO FERNANDES SOUSA

Número:

1387

Complemento:

Bairro:

LOTEAMENTO SÃO PAULO

Cidade:

CATOLE DO ROCHA

Estado:

PB

CEP:

58884-000

E-mail:

JOSEOLIVEIRA.ADV36307@GMAIL.COM

Tel. (DDD):

(83) 99660-2901

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

585

1

CONTA:

32188

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, Catolé do Rocha, PB, 26/10/2018

Nome: RAUL ALMEIDA DE SOUZA

CPF: 101.696.084-09

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Raul Almeida de Souza

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-fé ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

29 OUT. 2018

DOCUMENTO ORIGINAL



29 OCT. 2018

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



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: 00017663287

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

Conta referente a

SET/2018

Apresentação

05/09/2018

**Data prevista da
próxima leitura**

05/10/2018

CPF/ CNPJ/ RANI

10169608409

Insc. Est.

Uf (Unidade Consumidora): 5/1766328-7

29 OUT. 2018



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Exato para abastecimento de rede fixa de energia elétrica - Nº 014.885.907



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 236, Km 29 - Centro Industrial - João Pinheiro / PR - CEP 86071-680
CNPJ 06.885.193/0001-40 Ins. Est. 16.814.323-6

DADOS DO CLIENTE	CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR			
REGINALDO VIEIRA DE FREITAS RUA JOSEFA OLIMARIA CONCEICAO SIK MACHO DO CAVALO	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 Residência: 14-348-AB-6645 83610000000-4 36810054005-3 17130762018-6 10000248019-6
VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
31/10/2018	R\$ 36,91	17130762018-6



07 NOV. 2018



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular 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 nº 9.613/98.

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

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

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

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

Jose Bruno Queiroga de Oliveira
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017

DOCUMENTO ORIGINAL

29 OUT. 2018



Declaração do Proprietário do Veículo

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

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

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

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

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

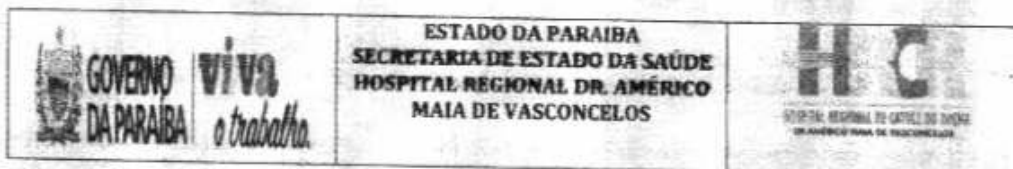
RECONHEÇO (ou) Assino: NEY ROSSON CAVALCANTE DE SOUSA
PR AUTENTICIDADE
Cidade de Rato - PB 19/10/2017
Assinado por: NEY ROSSON CAVALCANTE DE SOUSA
(X) Carlos Marques Peres - Escrevente

DEPARTAMENTO NOTARIAL
NOTÁRIO PÚBLICO
Cidade de Rato - PB 19/10/2017
Assinado por: Alfonso Bezerra da Cruz
Assinado por: Alfonso Bezerra da Cruz
Assinado por: Alfonso Bezerra da Cruz

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

AFX44197 - B CRT





Declaração

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

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

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

Giulia Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
Diretora Geral

29 OUT. 2018

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



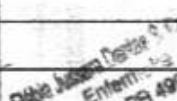
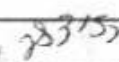
[illegible]

Num. 35988309 - Pág. 14

RELATORIO DE ENFERMAGEM

Nome: RAUL ALMEIDA DE SOUSA

Leito:

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
21/09/17	08:30	Paciente admitido com náusea, frequência cardíaca, pressão arterial de 120/80, apneia intermitente, batimentos de tensão e claudicação (E). Siga em observação com unidades de suporte de observação médica e aguardando transferência.	<div style="text-align: right;">  Fabiana Costa Enfermeira COREN PB 4993 </div>
21/09/17	11:00	Paciente transferido para o Regime de Fato, acompanhado pelo enfermeiro Aldemir, segue com unidades —	<div style="text-align: right;">  25315 </div>

SINAIS VITAIS

[illegible]

29 OUT. 2018





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



ATESTADO MÉDICO

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

João H. Sussana Laureano
Otorrinolaringologista
CRM-PB 7417

Patos-PB, 07/08/17

[Assinatura]
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

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

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

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

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

29 OUT. 2018





PREVIDÊNCIA SOCIAL
Instituto Nacional do Seguro Social

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

Página 1 de 1

03/04/2019 07:11:03

Requerente: RAUL ALMEIDA DE SOUSA

Sexo: Masculino

Nasc.: 25/04/1994

NB: 620.354.521-3

Est. Civil:

RG.: 00000004368

Emissão.:

Nº Requer.: 183234772

Data Exame: 13/12/2017

Ocupação:

Ordem: 2.00

Benefício:

AUXILIO-DOENÇA PREVIDENCIÁRIO

História:

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

Início da Doença:

17/09/2017

Início da Incapacidade:

17/09/2017

CID:

S420

Fratura da clavícula

Considerações:

APTO AO TRABALHO. BOA CONVALESCENÇA DE FRATURA DE CLAVÍCULA 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 - 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

 GOVERNO DA PARAIBA <i>viva o trabalho</i>	ESTADO DA PARAIBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS	 HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS
---	--	---

Declaração

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

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

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

Giulia Darllen de Freitas Ramalho Monteiro
 Diretora Geral

29 OUT. 2018

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



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

GOVERNO
DA PARAIBA
viva
o trabalho

CNES: 2592460 CNPJ: 08.778.268/0001-60

NOME: HOSPITAL REGIONAL DR AMERICO MAIA DE VASCONCELOS

ENDEREÇO: RUA CASTELO BRANCO, 349 - BATALHAO

CIDADE: CATOLE DO ROCHA ESTADO: PARAIBA UF: PB

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: RAUL ALMEIDA DE SOUSA

Nome: MARIA RITA DE ALMEIDA

Nascimento: 25/04/1994 Idade: 23 Cor: PARDA

Profissão:

Endereço: RUA PROJETADA

Bairro: L SAO PAULO

Cidade: CATOLE DO ROCHA - PB - 58884-000 - 2504305

CNS:

CPF:

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

Identidade:

Reg. Nasc:

Responsável: JACQUIRA DE O. LIMA

Ficha Número: 2422

2021

PESO: PA TEMP:

ANAMNESE EXAME FISICO (SUMARIO)

1. Anamnese: História da Doença

2. Exame Físico: 6.000g, 15 Pts

3. Exames: 5.000g, 15 Pts

4. Exames: 5.000g, 15 Pts

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

29 OUT. 2018

RELATORIO DE ENFERMAGEM

Nome: RAUL ALMEIDA DE SOUSA

Leito:

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
12/09/17	08.30	Paciente admitido com náusea, que vomitou, dor, irritação da pele de mto, apresentando presença de tumor a clausura (E) Sign em observação em unidades de suporte de observação médica e aguardando transição.	<div style="text-align: right;"> <i>Patricia Juliana Costa</i> Enfermeira COREN PB 4999 </div>
12/09/17	11.00	Paciente transferido para o Reparto de Parto, acompanhado pelo enfermeiro Edilson, segue com unidades -	<div style="text-align: right;"> 283155 </div>

SINAIS VITAIS

[illegible]

29 OUT. 2018





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

SUS  Sistema
Único
de Saúde

ATESTADO MÉDICO

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

João H. Sussana Laureano
Otorrinolaringologista
CRM-PB 7417

Patos-PB, 07/08/17


Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

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

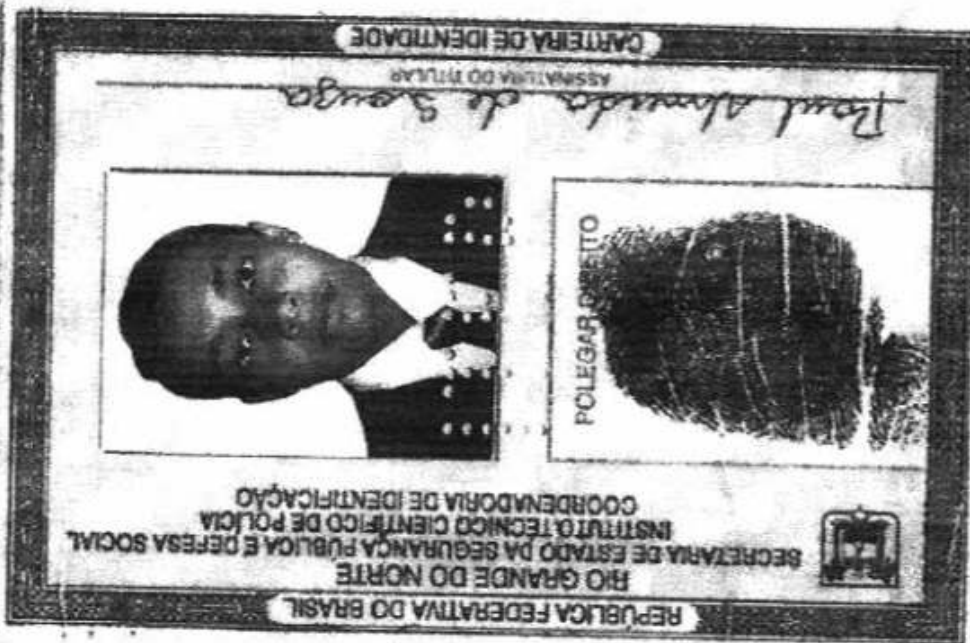
Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

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

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

29 OUT. 2018





29 OUT. 2018



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 003.004.322 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/11/2007

NOME RAUL ALMEIDA DE SOUZA

FILIAÇÃO UBIRANI RAFAEL DE SOUZA MARIA RITA DE ALMEIDA

NATURALIDADE FRUTUOSO GOMES RN

DATA DO NASCIMENTO 25/04/1994

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

FRUTUOSO GOMES RN-UNICO CARTORIO

CIPP 1a. VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

29 OUT. 2018



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - RJ
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

004209608-0 00/00000000 201

NEY ROBBON CAVALCANTE DE SOUSA

64650430410

NOVO

PH 9C2JC4870CR207073

NOQ0541/PB

PAS/MOTONETA/NAO APLIC

ALCO/GASOL

HONDA/BIZ 125 ES

2011 2012

2 P/124/CCI PARTIC VERMELHA

00/00/0000

00/00/0000

SECURIS SEGUROS S.A.

09/2015

A.F. ADM. DE CONC. NACION HONDA LTDA

DOCUMENTO DE PORTA DE TRANSFERENCIA

NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

CATOLE DO ROCHA - RJ

07/10/2015

16718

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSITANDO NAS RUAS OU AVENIDAS - SEGURO DPVAT

PS Nº 012030772536 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ENTR E O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT DAVA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvat.org.br

SAC DPVAT 0800 682 1204

64650430410

0042096080 HONDA/BIZ 125 ES

2011 9 9C2JC4870CR207073

PREMIO TARIFARIO

SEGURO

16748-0834432-20151007

SEGURO LIDER - DPVAT

16748-0834432-20151007

29 OUT. 2018



29 OUT. 2018

PROCURAÇÃO

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

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

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

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

Riacho dos Cavalos, PB 10 de Outubro de 2018.


RAUL ALMEIDA DE SOUZA

RAUL ALMEIDA DE SOUZA
Outorgante

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

joeloliveira.advogado@gmail.com

Contato (83) 9 9660-2901.



RECONHEÇO a(s) firma(s) R. J. de Raul
Ch. Almeida de Raula pa. qu-
te. n. c. b. d. 1 x x x x x x x x
Em test. l. Amu do ar. d. d. d.
Cato. do Rocha 26 de 10 de 18
D. J. de Raula
Serventuário

SELO DIGITAL - Lei Estadual-PB nº 10.132/2013
CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO - CMS nº 070558
Comarca de Catolé do Rocha-PB

Código do S. 1 AHP51495-7B00
A autenticação feita pelo selo digital foi confirmada
no site do www.tjpb.jus.br que é o site digital

CARTÓRIO DO 1º OFÍCIO
Sancide 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

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 ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE BRUNO QUEIROGA DE OLIVEIRA

MARCOS AURELIO VIDAL



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

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

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00





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

Processo: 08026509420198150141

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, 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



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