



Número: **0802942-79.2019.8.15.0141**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **01/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.485,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>ROBSON CRESPIM MACHADO (AUTOR)</b>	<b>HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36517 642	11/11/2020 10:43	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
36517 647	11/11/2020 10:43	<a href="#"><u>2762328_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
36517 648	11/11/2020 10:43	<a href="#"><u>2762328_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:43:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110434398400000034861124>  
Número do documento: 20111110434398400000034861124

Num. 36517642 - Pág. 1



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, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190439053

Vítima: ROBSON CRESPIM MACHADO

Data do Acidente: 03/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ROBSON CRESPIM MACHADO**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00855/00856 - carta\_03 - INVALIDEZ



00070428

Carta nº 14614181



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:43:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110434468300000034861527>  
Número do documento: 20111110434468300000034861527

Num. 36517647 - Pág. 1



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, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190439053      Vítima: ROBSON CRESPIM MACHADO

Data do Acidente: 03/05/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ROBSON CRESPIM MACHADO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

A documentação médica anexada, datada de 15/05/2019, emitida pelo Dr. LUCAS SUASSUNA CAETANO , CRM nº 11171 - PB, da Instituição HOSPITAL REGIONAL DR.AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00671/00672 - carta\_31 - INVALIDEZ



00010336

Carta nº 14680763



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:43:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110434468300000034861527>  
Número do documento: 20111110434468300000034861527

Num. 36517647 - Pág. 2



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **024 8532/09** 3 - CPF da vítima: **713.233.064-04** 4 - Nome completo da vítima: **Robson Crespin Machado**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	<b>Robson Crespin Machado</b>	6 - CPF:	<b>713.233.064-04</b>
7 - Profissão:	<b>Garcom / Sítio / Fazenda / Pecuária</b>	8 - Endereço:	<b>S/N</b>
9 - Bairro:	<b>Zona Rural</b>	10 - Cidade:	<b>Catanduva</b>
11 - Cidade:	<b>Catanduva</b>	12 - Estado:	<b>SP</b>
13 - CEP:	<b>13.884-000</b>	14 - CEP:	<b>(84) 99666-8044</b>
15 - Fone:			

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
----------------------------------	--

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

### 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

### 21 - DADOS BANCÁRIOS:

<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

AGÊNCIA: **0585** | CONTA: **38.748** |

(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.

### 22 - 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 atende 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 permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 10.571, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:
------------------------------	-----------------------------------	--	-------------------------------------	---	--------------------------------	-------------------------------

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a Vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nasцitro (nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avôs vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal prevista no artigo 239 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_



40 - Local e Data: **Catanduva - SP, 02 de junho de 2019**

\* Robson Crespin Machado

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**Robson Crespin Machado**

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL  
19/06/2019 - Autostendimento - 11:49:10  
058570912 0524

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE  
DEPÓSITO EM POUPANÇA - DINHEIRO

FAVORECIDO	ROBSON CRESPI MACHADO
AGÊNCIA:	0585-1
CONTA:	38.748-7
VARIACAO	51
VALOR *	10,00
NR. ENVELOPE	2.719.501.252

\* Acolhido em: 19/06/2019, na Agência 0585-1.

DECLARO-ME CIENTE E DE ACORDO QUE OS  
CREDITOS EM POUPANÇA EFETUADOS A PARTIR  
DE 04/05/2012 ESTÃO DISCIPLINADOS  
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

\*VALOR SUJEITO A CONFERÊNCIA

Depositos realizados durante o expediente  
bancario serao conferidos e processados  
ate as 23h59 do mesmo dia. Apois o expediente  
bancario, aos sábados, domingos e feriados,  
ate as 23h59 do primeiro dia útil subsequente.

Se houver divergência no valor depositado,  
o envelope sera processado pelo valor  
apurado. Envelopes vazios não serão abertos  
e permanecerão disponíveis por 60 dias na  
agencia onde foi depositado, para visualização.

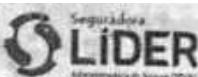
Acompanhe o processamento do seu depósito nos  
canais BB na opção "Consulta Envelope":  
Aplicativo BB / [www.bb.com.br](http://www.bb.com.br) / Caixa Eletrônico  
Central de atendimento BB: 4003-0148  
(capitais e regiões metropolitanas)  
ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:43:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110434468300000034861527>  
Número do documento: 20111110434468300000034861527

Num. 36517647 - Pág. 4



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

0028972120

3 - CPF da vítima:

413-233-064-04

4 - Nome completo da vítima:

Robson Crespim Machado

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

5 - Nome completo:

Robson Crespim Machado

6 - CPF:

413-233-064-04

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

Sítio Várzea do Recado

9 - Número:

31

11 - Bairros:

Zona rural

12 - Cidade:

Catolé do Rocha

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58881-000

15 - E-mail:

italseguroscatole@hotmail.com

16 - Tel.(DDD):

(83)996182554

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA

[Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção]

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

AGÊNCIA: 0585

1

CONTA: 38748

 CONTA CORRENTE

[Todos os bancos]

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir 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.

## 22 - 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 [Lei nº 6.194/74], uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

nasцturo (velho/a)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão

digital da

vítima ou

beneficiário

não aberto/a

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Catolé do Rocha - PB, 03 de janeiro de 2020.

TJDFT - Região III - PB

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



SISBB - SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL  
19/06/2019 - Autoatendimento - 11:49:10  
058578912 0524

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE  
DEPÓSITO EM POUPANÇA - DINHEIRO

FAVORECIDO	ROBSON CRESPI MACHADO
AGÊNCIA:	0585-1
CONTA:	38.748-7
VARIACAO	51
VALOR *	10,00
NR. ENVELOPE	2.719.581.252

\* Acolhido em: 19/06/2019, na Agência 0585-1.

DECLARO-ME CIENTE E DE ACORDO QUE OS  
CREDITOS EM POUPANÇA EFETUADOS A PARTIR  
DE 04/05/2012 ESTÃO DISCIPLINADOS  
PELA MEDIDA PROVISORIA 567/2012.

\*VALOR SUJEITO A CONFERÊNCIA

Depositos realizados durante o expediente  
bancario serao conferidos e processados  
ate as 23h59 do mesmo dia. Apes o expediente  
bancario, aos sábados, domingos e feriados,  
ate as 23h59 do primeiro dia útil subsequente.

Se houver divergência no valor depositado,  
o envelope sera processado pelo valor  
apurado. Envelopes vazios nao serao abertos  
e permanecerao disponíveis por 60 dias na  
agencia onde foi depositado, para visualização.

Acompanhe o processamento do seu depósito nos  
canais BB na opção "Consulta Envelope":  
Aplicativo BB / [www.bb.com.br](http://www.bb.com.br) / Caixa Eletrônico  
Central de atendimento BB: 4003-0148  
(capitais e regiões metropolitanas)  
ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Lê-se no verso como conservar este documento,  
entre outras informações.





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 0521/2019

Natureza da ocorrência: ACIDENTE DE MOTO

Data do fato: 03/05/2019 hora: 19h12min

Notificante: ROBSON CRESPI MACHADO, alcunha " ",  
Nacionalidade: Brasileira, naturalidade: Vitoria-ES, nascido em  
04/04/2001, documento: CPF N° 713.233.064-04, RG N° 4.453.227-  
SSP/PB, filho de Gislane Santana Cespim e de José Roberto Vieira  
Machado, endereço: Sítio Varzea do Roçado, neste Município,  
referência: 83-99942-6231.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: ALARICO DA ROCHA

Vítima: , alcunha " ", Nacionalidade:  
naturalidade: , idade: \*\*\*, nascido em  
/ / , cor/raça: \*\*\*\*\*, Estado Civil: \*\*\*\*\*,  
Profissão: , Escolaridade: \*\*\*\*\* , documento:  
filiação: e de , endereço: \*\*\*\*\* , referência:  
· Tel/Cel: ( ) \*\*;

HISTÓRICO DO FATO

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE, em data de 03/05/2019, por volta das 19h12min aproximadamente, conforme Ficha medico/ambulatorial do Hospital regional de Católe do Rocha-PB, e declaração da diretora Geral do Hospital, deu entrada este notificante vítima de acidente de moto, quando guiava a moto de marca YAMAHA/YBR 125 FACTOR K1, de cor vermelha, ano/modelo 2014/2015, de placas QGB-9G20(Mercosul)Brasil, registrada em nome deste notificante, onde este notificante saiu de seu local de trabalho para colocar créditos em seu celular, e no retorno quando passava nas imediações da clinica de Dr. Ilan, foi surpreendido por uma outra moto que colidiu na lateral direita deste notificante, onde veio a solo, devido aos ferimentos este notificante foi socorrido pelo SAMU para o Hospital local onde recebeu os primeiros socorros. Por esse motivo comunica o fato e pede providências. Nada mais a consignar.

Catolé do Rocha, 18 de junho de 2019. Às 16:30 horas.

*x Pode ser usado mochila*

Notificante

Testemunha Atrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro  
José Carlos da Silva Filho  
Matrícula: 135.602-0



Assinado eletronicamente por: HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA - 01/10/2019 10:11:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100110111937700000024093740>  
Número do documento: 19100110111937700000024093740

Num. 24898805 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:43:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110434468300000034861527>  
Número do documento: 20111110434468300000034861527

Num. 36517647 - Pág. 7



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **0028 972120** 3 - CPF da vítima: **713.233.064-04** 4 - Nome completo da vítima: **Robson Crespim Machado**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 4/5/2012

5 - Nome completo:	<b>Robson Crespim Machado</b>	6 - CPF:	<b>713.233.064-04</b>
7 - Profissão:	<b>Agricultor</b>	8 - Endereço:	<b>Sítio Várzea do Recado</b>
11 - Bairro:	<b>Zona rural</b>	12 - Cidade:	<b>Catolé do Rocha</b>
13 - Estado:	<b>PB</b>	14 - CEP:	<b>58981-000</b>
15 - E-mail:	<b>totalseguroscatole@hotmail.com</b>		
16 - Tel.(DDD):	<b>(83) 996182554</b>		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: \_\_\_\_\_ 19 - Profissão do Representante Legal: \_\_\_\_\_

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: **0685** | CONTA: **38748** | **7**  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ | CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

### 22 - 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 [Lei nº 6.194/74], uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiro (nascer):  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (se aferivado) 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

Assinatura da testemunha  
39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

Assinatura da testemunha  
40 - Local e Data, **Catolé do Rocha - PB, 03 de janeiro de 2020.**  
**Robson Crespim Machado**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





*Nova Documentação  
(apresente o CRM)*



DR. FRANCISCO CARLOS OLIVEIRA JUNIOR  
MÉDICO GRADUADO PELA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA  
GRANDE – UFCG  
MÉDICO PERITO NO MUNICÍPIO DE CAJAZEIRAS - PB

## RELATÓRIO MÉDICO

Trata-se do periciando **ROBSON CRESPIM MACHADO**, portador do CPF: 713.233.064-04, 18 anos, vítima de acidente de trânsito no dia **03 de maio de 2019**, b.o nº 521/2019, no município de Catolé do Rocha-PB.

O paciente foi socorrido ao Hospital Regional de Catolé do Rocha/PB, apresentando escoriação em face, em membros inferiores, trauma contuso em região mandibular, trauma córtico contuso em pé direito com fratura exposta de hálux direito.

Na ocasião, a paciente foi submetida a limpeza cirúrgica e rafia da lesão. Tratamento conservador da fratura.

Paciente apresenta cicatriz em pé direito. Apresenta deformidade em pé direito associado a residual, com rigidez muscular e limitação para realizar a extensão e flexão do membro, além de dor que piora ao deambular. Apresenta ainda claudicação na articulação temporomandibular associado a dor e limitação para mastigar.

Do exposto, concluímos que há limitações funcionais severas, além de dor crônica, em decorrência das lesões sofridas do acidente.

*Dr. Francisco Carlos Oliveira Jr.  
Médico  
CRM-PB: 8790*

Sousa, dia 09/01/2020.

Dr. Francisco Carlos Oliveira Junior  
Médico – CRM 8790

Rua Tabelião Antônio de Holanda, s/n, centro, Cajazeiras – PB. Tel.: (083) 99371-7003.  
Email: carlosoliveiramd@outlook.com





PREFEITURA MUNICIPAL DE CATOLÉ DO ROCHA - PB  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 01807

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA / OCORRÊNCIA	OCORRÊNCIA N°	PACIENTE / USUÁRIO	IDADE	SEXO
03/05/19	25	Flávia e ex-pilo meson. 18		<input checked="" type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.
CÓD. DA OCORRÊNCIA		BARRA	MÉDICO REGULADOR	
A. 208. Breuca unu		Brejinho		
PODO NO LOCAL: <input checked="" type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESGATE PRF <input type="checkbox"/> CIPTRAN <input type="checkbox"/> BTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO:				
TA: <input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTROS:				

IPO DE AGRADO

<input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIGIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> QUASE AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> Queda _____ METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIÁCA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS: _____

ESTÔMICO DO PACIENTE:

SERVIÇO MÉDICO: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

TIPO DE TRANSPORTE

APOIO DIAGNÓSTICO  SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE  TRANSFERÊNCIA SIMPLES  
 OUTRO: \_\_\_\_\_

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LUGAR: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

SINTOMA CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

*Dolor no teto x nato.*

Dr. Lucas Siqueira Caetano  
CRM: 11111  
Nº: 10

INDAOS VITAIS

VIA:  LIVRE  OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO:  >30pm  <30pm / PULSO RADICAL:  Presente  Ausente / PAS:  >90mm Hg  <90mm Hg  
PA: *170/80* FC: *92* FR: *18* TEMP: \_\_\_\_\_ °C GLICEMIA: \_\_\_\_\_ mg/dl - E. Com: *15* SpO2/02: *98* SpO2/02: \_\_\_\_\_

ESTIMATIVA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiedade                                     | <input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz das VAA     | <input type="checkbox"/> Perfilo Tissular Cardiopulmonar ineficaz   |
| <input type="checkbox"/> Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída | <input type="checkbox"/> Disreflexia Autônoma              | <input type="checkbox"/> Perfilo Tissular Gastrointestinal ineficaz |
| <input type="checkbox"/> Comunicação Verbal Prejudicada                | <input type="checkbox"/> Dor Aguda                         | <input type="checkbox"/> Perfilo Tissular Renal ineficaz            |
| <input type="checkbox"/> Confusão Aguda                                | <input type="checkbox"/> Hipotermia                        | <input type="checkbox"/> Termoregulação Ineficaz                    |
| <input type="checkbox"/> Desambulação Prejudicada                      | <input type="checkbox"/> Hipotermia                        | <input type="checkbox"/> Troca de Gases Prejudicada                 |
| <input type="checkbox"/> Débito Cardíaco Diminuído                     | <input type="checkbox"/> Integridade da Pele Prejudicada   | <input type="checkbox"/> Ventilação Espontânea Prejudicada          |
| <input type="checkbox"/> Náusea  | <input type="checkbox"/> Integridade Tissular Prejudicada  | <input type="checkbox"/> Volume de Líquidos Deficientes             |
| <input type="checkbox"/> Constipação                                   | <input type="checkbox"/> Medo                              | <input type="checkbox"/> Volume Excessivo de Líquidos               |
| <input type="checkbox"/> Incontinência Intestinal                      | <input type="checkbox"/> Intolerância a Alimentação        | <input type="checkbox"/> Retenção Urinária                          |
| <input type="checkbox"/> Eliminação Urinária Prejudicada               | <input type="checkbox"/> Mucosa Oral Prejudicada           | <input type="checkbox"/> Percepção Sensorial Perturbada             |
| <input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz                  | <input type="checkbox"/> Perfilo Tissular Central Ineficaz | <input type="checkbox"/> Interção Social Prejudicada                |
| <input type="checkbox"/> Outros  |  |   |

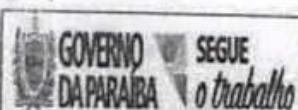
INTERVENÇÕES

*Al. Estabilizar: enviar, colar t. placa regular +  
SpO2 98% + AVP e/IF 0,5%*

Evolução do enfermeiro:

*Paciente comente, quefeles vitais de doloroso muito xusto  
operatório causado em um t. Cat protocolo  
AVP + 0,5% e enc. ao t. t.*





ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO  
MAIA DE VASCONCELOS



## Declaração

**DECLARAMOS** para os devidos fins de direito que, ROBSON CRESPI MACHADO, RG: 4.453.227 SS/PB, residente e domiciliado no Sítio: Varzea do Roçado- Catolé do Rocha - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar por Dr. Lucas Suassuna Caetano - CRM/11171, no dia 03 de Maio de 2019. Deu entrada na Sala de Urgência e Emergência Vitima de moto. Foram feitos os primeiros procedimentos e Permaneceu em observação. 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 V. Monteiro*  
Diretora Geral  
Mat. 180924-5

*Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro*  
Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 15 de maio de 2019

Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos  
Rua: Castelo Branco Catolé do Rocha – PB  
Email: [hospitalcatole@hotmail.com](mailto:hospitalcatole@hotmail.com) – Tel. (83)3441-2280





Estado da Paraíba  
Secretaria Estadual de Saúde  
Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos  
Cainópolis - PB



SEGU  
o trabalho

Sr.(a) Robson Gispim Marches

**RECEITUÁRIO**

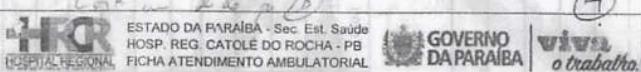
Certifico que o paciente acima  
citado foi atendido no dia  
03/05/19 às 19:12 hs vítima  
de acidente de motocicleta,  
apresentando escoriações de punhos  
e fatura de prododáctilo direito.

12/07/19

Dr. Lucas Suassuna Caetano  
MÉDICO  
CRM/PB/177 CRM - Carimbro

DANTAS GRÁFICA - FONE: (83) 3232-4222





GOVERNO  
DA PARAÍBA

viva  
o trabalho

CNES: 2592460 CNPJ: 08.778.268/0001-60

NOME: HOSPITAL REGIONAL DR AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS

ENDEREÇO: RUA CASTELO BRANCO, 349 - BATALHÃO

CIDADE: CATÓLE DO ROCHA ESTADO: PARAÍBA

UF: PB

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: ROBSON CRESPI MACHADO

Mae: GIRLANE SANTANA CRESPI

Nascimento: 04/04/2001 Idade: 18 Cor: PARDA

Sexo: M

Profissão: ESTUDANTE

Endereço: SITIO VARZEA DO ROÇADO

Num.:

Bairro: ZONA RURAL

Fone: (83)99856-5424

Cidade: CATÓLE DO ROCHA - PB - 58884-000 - 2504306

CNS: 165-8768-1973-0008 Identidade: 4.453.227 SSP PB

CPF: Reg. Nasc.:

Data / Hora: 03/05/2019 - 19:12:26 Recepção: JAQUIRIA DE C. LIMA

Ficha Número: 77009

23876

SPO: 98 FC: 92 TEMP.: HGT: PA: 120.80

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Exame x de pi, tumores, para febre,  
fimex D de fec  
Exame x de fec

RESULTADOS

#### MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

128

- Medicamento de Fiz. e Gs  
Gelatinas (MP+AD) 17.10  
Dobrante + Jardim BV (Surpresa)  
Nº7 Jardim TATTOO 27054  
Jardim 4644 107

01 - ELEGIVO 02 - URGÊNCIA CARÁTER DO ATENDIMENTO

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	OBSERVAÇÃO	OUTRO HOSPITAL	RESIDÊNCIA	ÓBITO	INTERNAÇÃO	OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO	Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos							
	1 - 0 3 0 1 0 6 0 0 2 9							
	2 -							

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Crm / Cns CRISTIANO S. SUSA CAETANO - 11171 PB - 111-1111-1111-1111		CBO
PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPSNSAVEL X ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo		Poligar Direito
ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo		

Renato

## **RELATÓRIO DE ENFERMAGEM**

Nome: ROBSON CRESPI MACHADO

**Leito:**

Data	Hora	Evolução de Enfermagem	Assinatura
03.05.19	19:20	P1 admitido trazido pelo S.º do. Cobri de Bento PB, vítima de a- ccidente de moto, apresentando ha- fem e 1º dgr do pé (D), usl em uso x, fer. sub-golpe rotura + contusão mediana + escra- nhalo no abd. posterior. Aguarda em observação no Atendimento.	Ribeiro Daniela CORPO B 46 GILDECÁDIO FRANKLIN DE OLIVEIRA ENFERMEIRO RENNER
04.05.19	13:45	Paciente Wilson nem sequer, foi liberado pelo médico I	

SINAIS VITAIS





ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO  
MAIA DE VASCONCELOS



## Declaração

**DECLARAMOS** para os devidos fins de direito que, ROBSON CRESPI MACHADO, RG: 4.453.227 SS/PB, residente e domiciliado no Sítio: Varzea do Roçado- Catolé do Rocha - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar por Dr. Lucas Suassuna Caetano - CRM/11171, no dia 03 de Maio de 2019. Deu entrada na Sala de Urgência e Emergência Vitima de moto. Foram feitos os primeiros procedimentos e Permaneceu em observação. 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 V. R. Monteiro*  
Diretora Geral  
Mat. 180924-5

*Giulia Darllen de Freitas Ramalho Monteiro*  
Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 15 de maio de 2019

Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos  
Rua: Castelo Branco Catolé do Rocha – PB  
Email: [hospitalcatole@hotmail.com](mailto:hospitalcatole@hotmail.com) – Tel. (83)3441-2280



## Rewards

## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome: ROBSON CRESPIM MACHADO

**Leito:**

SINAIS VITAIS



Assinado eletronicamente por: HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA - 01/10/2019 10:11:23  
http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100110112220900000024093743  
Número do documento: 19100110112220900000024093743

Num. 24898808 - Pág. 2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:43:44  
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pj/e/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011110434468300000034861527>  
Número do documento: 2011110434468300000034861527

Nº 36517647 - Pág. 17



ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO  
MAIA DE VASCONCELOS



### Declaração

**DECLARAMOS** para os devidos fins de direito que, ROBSON CRESPI MACHADO, RG: 4.453.227 SS/PB, residente e domiciliado no Sítio: Varzea do Roçado- Catolé do Rocha - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar por Dr. Lucas Suassuna Caetano - CRM/11171, no dia **03 de Maio de 2019**. Deu entrada na Sala de Urgência e Emergência Vitima de moto. Foram feitos os primeiros procedimentos e Permaneceu em observação. 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 V. R. Monteiro*  
Diretora Geral  
Mat. 180924-5

*Giulia Darllen de Freitas Ramalho Monteiro*  
Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 15 de maio de 2019

Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos  
Rua: Castelo Branco Catolé do Rocha – PB

Email: [hospitalcatole@hotmail.com](mailto:hospitalcatole@hotmail.com) – Tel. (83)3441-2280



Assinado eletronicamente por: HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA - 01/10/2019 10:11:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100110112220900000024093743>  
Número do documento: 19100110112220900000024093743

Num. 24898808 - Pág. 3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:43:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110434468300000034861527>  
Número do documento: 20111110434468300000034861527

Num. 36517647 - Pág. 18



PREFEITURA MUNICIPAL DE CATOLÉ DO ROCHA - PB  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE



FICHA DE REGULAÇÃO MÉDICA / ATENDIMENTO VTR: 01807

IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

DATA:	OCORRÊNCIA N°:	PACIENTE / USUÁRIO:	IDADES:	SEXO:
03/05/19	25	Bobon ex-piloto mercador.	18	MASC. <input type="checkbox"/> FEM. <input type="checkbox"/>
LOCAL DA OCORRÊNCIA:	Bairro: Batatinha		MÉDICO REGULADOR:	
APÓS NO LOCAL:	<input checked="" type="checkbox"/> SAMU <input type="checkbox"/> RESGATE/BOMBEIROS <input type="checkbox"/> RESCUE PRF <input type="checkbox"/> CPTRAN <input type="checkbox"/> BTTRANS <input type="checkbox"/> OUTRO			
QTA:	<input type="checkbox"/> SOCORRIDO POR TERCEROS <input type="checkbox"/> RECUSOU ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> SOCORRIDO PELO BOMBEIRO <input type="checkbox"/> LOCAL NÃO ENCONTRADO <input type="checkbox"/> OUTROS			

TIPO DE AGRADO

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	<input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> GUASÉ AFOGAMENTO/AFOGAMENTO
<input type="checkbox"/> DESABALAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA METROS
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS
<input type="checkbox"/> F.A.B.	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> F.A.F. (P.A.F.)	
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO	
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS	

ANTECEDENTES

<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGA
<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INIBIMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDIÁCA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO-COMBÁTIVOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS

DESTINO DO PACIENTE:

SERVÍCIO MÉDICO: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE TRANSPORTE

APOIO DIAGNÓSTICO  SERVIÇO DE MAIOR COMPLEXIDADE  TRANSFERÊNCIA SIMPLES

OUTRO: \_\_\_\_\_

TRANSPORTE SECUNDÁRIO - DESTINO

LOCAL: \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS SINTOMAS / QUEIXAS)

*Coluna torácica + moto.*

Dr. Lucas Siqueira Góes  
Médico  
Conselho 11177

DADOS VITAIS

VVA:  LIVRE  OBSTRUÍDA / RESPIRAÇÃO:  >30rpm  <30rpm / PULSO RADICAL:  Presente  Ausente / PAS:  >90mm Hg  <90mm Hg

PA: *170/80* FC: *92* FR: *18* TEMP: *36°C* GLICEMIA: *mg/dl* - E. Com a: *15* SpO2/02: *98* SpO2/02: \_\_\_\_\_

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ansiedade                                     | <input type="checkbox"/> Desobstrução Ineficaz das VVA        | <input type="checkbox"/> Perfusion Tissular Cardiopulmonar Ineficaz   |
| <input type="checkbox"/> Capacidade Adaptativa Intracraniana Diminuída | <input type="checkbox"/> Disregulação Autônoma                | <input type="checkbox"/> Perfusion Tissular Gastrointestinal Ineficaz |
| <input type="checkbox"/> Comunicação Verbal Prejudicada                | <input type="checkbox"/> Dor Aguda                            | <input type="checkbox"/> Perfusion Tissular Renal Ineficaz            |
| <input type="checkbox"/> Confusão Aguda                                | <input type="checkbox"/> Hipertermia                          | <input type="checkbox"/> Termoregulação Ineficaz                      |
| <input type="checkbox"/> Desambulização Prejudicada                    | <input type="checkbox"/> Hipotermia                           | <input type="checkbox"/> Troca de Gases Prejudicada                   |
| <input type="checkbox"/> Déficit Cardíaco Diminuído                    | <input type="checkbox"/> Integridade da Pele Prejudicada      | <input type="checkbox"/> Ventilação Espontânea Prejudicada            |
| <input type="checkbox"/> Náuseas                                       | <input type="checkbox"/> Integridade Tissular Prejudicada     | <input type="checkbox"/> Volume de Líquidos Deficientes               |
| <input type="checkbox"/> Constipação                                   | <input type="checkbox"/> Medo                                 | <input type="checkbox"/> Volume Excessivo de Líquidos                 |
| <input type="checkbox"/> Incontinência Intestinal                      | <input type="checkbox"/> Intolerância a Alimentação           | <input type="checkbox"/> Retenção Urinária                            |
| <input type="checkbox"/> Eliminação Urinária Prejudicada               | <input type="checkbox"/> Mucosa Oral Prejudicada              | <input type="checkbox"/> Percepção Sensorial Perturbada               |
| <input type="checkbox"/> Padrão Respiratório Ineficaz                  | <input type="checkbox"/> Perfusion Tissular Cerebral Ineficaz | <input type="checkbox"/> Interação Social Prejudicada                 |
| <input type="checkbox"/> Outros  |   |   |

INTERVENÇÕES

*Aliviar dor, enviar colar de oxigênio e seringa de AVP e IF OSY.*

*Manter paciente com sonda urinária e colar de oxigênio e monitorizar pressão arterial e frequência cardíaca.*



Assinado eletronicamente por: HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA - 01/10/2019 10:11:24  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1910011011234670000024093744  
Número do documento: 1910011011234670000024093744

Num. 24898809 - Pág. 1



Estado da Paraíba  
Secretaria Estadual da Saúde  
Hospital Reg. Dr. Américo Maia de Vasconcelos  
Catolé do Rocha - PB



GOVERNO  
DA PARAÍBA  
SEGUE  
o trabalho

Sr.(a) Robson Cezarino Machado

RECEITUÁRIO

Certifico que o paciente acima  
citado foi atendido no dia  
03/05/19 às 19:12 hs vítima  
de acidente de moto ciclista.  
apresentando exangueis de pulso  
e fatura de produzida óbito diret.

12/07/19

Dr. Lucas Suassuna Caetano  
MÉDICO  
CRM/PB/111 CRM - Carimbro

BANCA GRÁFICA - FONE: (83) 3612-4261



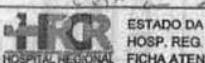
Assinado eletronicamente por: HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA - 01/10/2019 10:11:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100110112474200000024093746>  
Número do documento: 19100110112474200000024093746

Num. 24898811 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:43:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110434468300000034861527>  
Número do documento: 20111110434468300000034861527

Num. 36517647 - Pág. 20



ESTADO DA PARAÍBA - Sec. Est. Saúde  
HOSP. REG. CATÓLÉ DO ROCHA - PB  
FICHA ATENDIMENTO AMBULATORIAL

GOVERNO  
DA PARAÍBA

viva  
o trabalho

CNES: 2592480 CNPJ: 08.778.268/0001-60

NOME: HOSPITAL REGIONAL DR AMÉRICO MAIA DE VASCONCELOS

ENDERECO: RUA CASTELO BRANCO, 349 - BATALHÃO

CIDADE: CATÓLE DO ROCHA ESTADO: PARAÍBA

UF: PB

Atendimento: ACIDENTE DE TRANSITO (MOTO)

Paciente: ROBSON CRESPI MACHADO

Mae: GIRLANE SANTANA CRESPI

Nascimento: 04/04/2001 Idade: 18 Cor: PARDA

Sexo: M

Profissão: ESTUDANTE

Endereço: SITIO VARZEA DO ROÇADO

Num.:

Bairro: ZONA RURAL

Fone: (83)99856-5424

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

CNS: 165-8768-1973-0008 Identidade: 4.453.227 SSP PB

CPF: Reg. Nasc.:

Data / Hora: 03/05/2019 18:12:26

Recepção: JAQUIRIA DE O. LIMA

Ficha Número: 77009

23576

SPO 2: 98 FC: 12 TEMP.: \_\_\_\_\_ HGT: \_\_\_\_\_ PA: 170x80

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Agua x de pe, turvula, por farto.

Agua x de farto

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

128

Dia 10/05/2019 10:43:44

Medicamento: 100 mg 100 mg

Medicamento: 100 mg 1

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
SERIAL 4.453.227 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/10/2016

NOME ROBSON CRESPI MACHADO

PLACAS: JOSÉ ROBERTO VIEIRA MACHADO  
GIRLANE SANTANA CRESPI

NATURALIDADE VILA VELHA-ES

DOC. ORIGEM 04/04/2001

NASC. N. 75220 PLS.244 LIV. A-122  
CARTÓRIO VITÓRIA-ES

CNPJ 713.233.064-04

*A3-2*  
Márcia A. S. Lacerda  
LEIAPEL do RG 00000000000000000000  
Márcia Lacerda



Ministério da Fazenda  
Instituto Federal  
Centro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 713.233.064-04

Nome ROBSON CRESPI MACHADO

Residência 04/04/2001

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Assinado eletronicamente por: HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA - 01/10/2019 10:11:29  
<http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100110112854300000024093755>  
 Número do documento: 19100110112854300000024093755

Num. 24898820 - Pág. 1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:43:44  
<http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110434468300000034861527>  
 Número do documento: 20111110434468300000034861527

Num. 36517647 - Pág. 22

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(INVALIDEZ/DAMS - Vítima/Beneficiário maior)

### OUTORGANTE:

Nome: Robson Oreyrin Machado  
Nacionalidade: Brasileiro  
Estado Civil: Solteiro  
Identidade: 4 453-227  
CPF: 713.233.064-04  
Profissão: Operário  
Endereço: Rua das Varzeas do Recife, zona rural, município de Patos de Minas - MG.  
Data do Acidente: 03 / 05 / 19

Cobertura solicitada:  Invalidez Permanente       DAMS       Morte

### OUTORGADO:

Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado Civil: SOLTEIRO  
Identidade: 2001097006008  
CPF: 973.419.833-53  
Profissão: EMPRESARIO  
Endereço: RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA, S/N, JARDINS, SOUSA/PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem lhe confere PODERES ESPECÍFICOS PARA ATUAR JUNTO À:

1º - Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e/ou quaisquer de suas Consorciadas, bem como junto à SUSEP, para: Ingressar com pedidos, requerimentos, reclamações, denúncias, realizar recursos administrativos e legais cabíveis, desistir, receber e solicitar informações e/ou documentos, originais ou em cópia, solicitar agendamento de perícias médicas, acompanhar a realização de perícias, ACOMPANHAR A REALIZAÇÃO DE SINDICÂNCIA/AUDITORIA, contestar pareceres ou solicitações de documentos, solicitar reanálise do pedido, assinar o Formulário "Pedido do Seguro DPVAT", representando o(a) Outorgante em tudo o que lhe couber, com o FIM ESPECIAL de requerer a Indenização administrativa devida do SEGURO DPVAT nas coberturas de Invalidez Permanente, total ou parcial e/ou Reembolso de Despesas Médicas (DAMS), conforme prevê a Lei nº 6.194/74 e suas alterações;

2º - Qualquer Seguradora, para, se for o caso: acionar e ingressar com pedido de Indenização, acompanhar, realizar recursos, contestações, firmar acordos, receber quaisquer informações, assinar documentos, que sejam referentes à quaisquer Seguros de Vida, Pessoal, Empresarial, de Terceiro (RCF), Danos Corporais, Materiais e/ou quaisquer outras coberturas a que o(a) Outorgante eventualmente tenha direito em decorrência do Acidente/Sinistro acima;

3º - INSS, para, se for o caso, Requerer Benefícios, revisão e interpor recursos, Cadastro de Senha para informações previdenciárias pela internet e Requerimentos diários, fornecer laudos diversos, incluindo aqueles que necessitam da quebra de sigilo médico;

4º - Polícia Civil, Polícia Militar Rodoviária Federal e/ou Estadual, Polícia Militar, SAMU, Bombeiros, Servicos de Resgate e à quaisquer Hospitais Públicos ou Privados e/ou quaisquer Servicos de Saúde, para, se for o caso: Solicitar e receber cópias de quaisquer documentos e informações, onde conste o nome do(a) Outorgante, tais como Boletins de Ocorrência, Fichas de Atendimento Médico e de Urgência e Emergência, Prontuários e exames médicos de Internação e Ambulatoriais, em que o(a) Outorgante tenha registro, em decorrência do Acidente/Sinistro a que esta Procuração se refere;

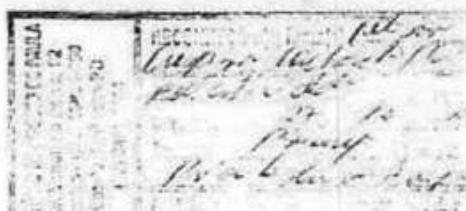
5º - Conselhos Regionais e/ou Federal de Medicina para, se for o caso: realizar denúncias, ingressar com pedidos; realizar denúncias e pedidos de manifestações, parecer e consultas em nome do (a) Outorgante.

### LOCAL E DATA

Assinatura do(a) Outorgante: X

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)

Selo Digital: AJP28357 - JKAF  
Consulte a autenticidade em:  
<https://selodigital.tpb.jus.br>



**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

**DETTRAN - RN** N° 014100515193  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEÍCULO	CÓD. REGR. / PLACA	EXPIRAÇÃO
2	01033044681	2018
POSSON CRESPIN HACHADO		
CHASSI	PLACA	
713.233.064-04	QDB9320	
PLACA ANT.	CHASSI ANT.	
QDB9320/RN	SC6XE1980F0042203	
ENVIO DE DOCUMENTOS PARA INDUSTRIAL		
PASSEIRO/MOTOCICLETA/NAVAZ APLICAR: GABOLINA		
MARCA / MODELO: YAMAHA/YBR125 FACTOR XI		
ANO FAB.: 2014 ANO MOD.: 2015		
CILINDRADA: 125cc ATÉ QUITADA COR PRINCIPAL:		
COTA ÚNICA: R\$ 0,00 VENCIMENTO: 22/08/2018 VENCIMENTOS:		
P	PAÍSA/PLACA:	DATA PAGAMENTO COTAS:
V	DATA PAGAMENTO COTAS:	1º PAGO
A	009621 3X	2º PAGO
TAXA DETRAN: PAGO P** DPVAT: PAGO		
PAGAMENTO: SEM BLOQUEIO		
NOTA: 031-22-063902		
SÃO CRISTÓVÃO - RN		
CARLOS SANTOS DA MATA Encarregado de Registro de Veículos DETTRAN-RN		
DATA: 23/06/2019		

SEGUNDO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÍCULOS AUTOMOTORES NA VIA PÚBLICA OU POR CARREGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU OUTRAS. SEGURO DPVAT

RN N° 014100515193 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VEÍCULO	EXPIRAÇÃO	DATA EMISSÃO
2	713.233.064-04	2018 23/06/2019
PLACA		
QDB9320		
VEÍCULO MARCA / MODELO		
01033044681	YAMAHA/YBR125 FACTOR XI	
ANO FAB.	DATA PAG.	Nº CHASSI
2014	9	SC6XE1980F0042203
PRÊMIO TARIFÁRIO		
FIM DE:	DETTRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
JUSTO DO BILHETE (R\$)	ICP (R\$)	TAXA A SER PAGO (SEGURO DPVAT)
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PAGAMENTO	<input type="checkbox"/> DATA DE OUTAÇÃO
<input type="checkbox"/> PARCELADO		

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.348.605/0001-04

HER-1903

Assinado eletronicamente por: HANNA PINHEIRO DINIZ BEZERRA - 01/10/2019 10:11:27  
<http://pje.tjpj.brasil.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19100110112606100000024093748>  
 Número do documento: 19100110112606100000024093748

Num. 24898813 - Pág. 1

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:43:44  
<http://pje.tjpj.brasil.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110434468300000034861527>  
 Número do documento: 20111110434468300000034861527

Num. 36517647 - Pág. 24



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios), de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capital e regiões metropolitanas: 4000-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido à Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www3.circap.gov.br/RISI/CTEC/CAWFR/DO/ORIGINAL/ASPY2TIP0=1&CONFIDEN=298736>

A Circular SUSEP 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 da 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>1</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUERO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Renata Kamyla de Marques Ferreira e Garcia Medeiros

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 045.949.284-89 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Bolton Crepim Machado Inscrito (a) no CPF sob o N° 313.277.064-04

do sinistro de DPVAT cobertura Indivíduo da Vítima \_\_\_\_\_

Inscrito (a) no CPF sob o N° \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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:	Rua das Pererecas	Número:	23	Complemento:	sala 11
Bairro:	Costa e Silva	Cidade:	RN	CEP:	59.625-360
E-mail:	<u>renata.kamyla@bolton.com</u>				
				Tel. (DDD):	(84) 999666-8044

Local e Data: Catolé - PB, 18 de junho de 2019

Renata Kamyla de Marques Ferreira e Garcia Medeiros  
Assinatura do Declarante



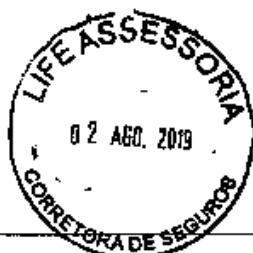
DDRL\_001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:43:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110434468300000034861527>  
Número do documento: 20111110434468300000034861527

Num. 36517647 - Pág. 25

PROCURAÇÃO PARTICULAR



**OUTORGANTE:**

Nome: Rubson Cezarini Machado  
brasileiro(a), data do acidente: 03/05/2019, cobertura: Trouxidez  
estado civil: Solteiro, profissão: Gazom  
Portador(a) do RG nº 4.453.227 e CPF nº 313.233.064-04  
Residente e domiciliado no(a): Rua 116700 de Rocado  
nº 510, bairro: Zona Rural, município: Catende de Rocha  
estado: Keara, CEP: 58.881-000.

**OUTORGANDO:** RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS, brasileira, solteira, advogada OAB/RN 16.669, portadora do RG nº 002.749.749 – SSP/RN e CPF nº 075.949.294-89 com escritório profissional na Rua dos Pereiros, 23, Presidente Costa e Silva, Mossoró/RN, CEP 59.625-360. Telefone: (84) 99666-8044 – email: renataramyra@hotmail.com

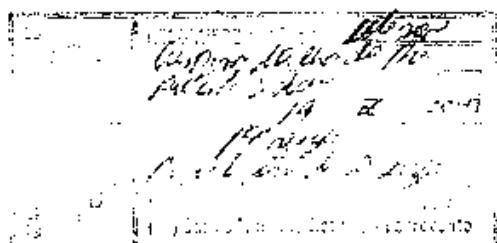
**PODERES:** O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Catende de Rocha / PR, 19 de Agosto de 2019.

x Rubson Cezarini Machado  
**OUTORGANTE**



Seal Digital: AIT39501-Z6DR  
Consulta a autenticidade em  
<http://selodigital.tjpb.jus.br>



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

(INVALIDEZ/DAMS - Vítima/Beneficiário maior)

### OUTORGANTE:

Nome: Robson Oreyrin Machado  
Nacionalidade: Brasileiro  
Estado Civil: Solteiro  
Identidade: 4 453-227  
CPF: 713.233.064-04  
Profissão: Operário  
Endereço: Rua das Varzeas do Recife, zona rural, município de Patos de Minas - MG.  
Data do Acidente: 03 / 05 / 19

Cobertura solicitada:  Invalidez Permanente       DAMS       Morte

### OUTORGADO:

Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO  
Nacionalidade: BRASILEIRO  
Estado Civil: SOLTEIRO  
Identidade: 2001097006008  
CPF: 973.419.833-53  
Profissão: EMPRESARIO  
Endereço: RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA, S/N, JARDINS, SOUSA/PB.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem lhe confere PODERES ESPECÍFICOS PARA ATUAR JUNTO À:

1º - Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e/ou quaisquer de suas Consorciadas, bem como junto à SUSEP, para: Ingressar com pedidos, requerimentos, reclamações, denúncias, realizar recursos administrativos e legais cabíveis, desistir, receber e solicitar informações e/ou documentos, originais ou em cópia, solicitar agendamento de perícias médicas, acompanhar a realização de perícias, ACOMPANHAR A REALIZAÇÃO DE SINDICÂNCIA/AUDITORIA, contestar pareceres ou solicitações de documentos, solicitar reanálise do pedido, assinar o Formulário "Pedido do Seguro DPVAT", representando o(a) Outorgante em tudo o que lhe couber, com o FIM ESPECIAL de requerer a Indenização administrativa devida do SEGURO DPVAT nas coberturas de Invalidez Permanente, total ou parcial e/ou Reembolso de Despesas Médicas (DAMS), conforme prevê a Lei nº 6.194/74 e suas alterações;

2º - Qualquer Seguradora, para, se for o caso: acionar e ingressar com pedido de Indenização, acompanhar, realizar recursos, contestações, firmar acordos, receber quaisquer informações, assinar documentos, que sejam referentes à quaisquer Seguros de Vida, Pessoal, Empresarial, de Terceiro (RCF), Danos Corporais, Materiais e/ou quaisquer outras coberturas a que o(a) Outorgante eventualmente tenha direito em decorrência do Acidente/Sinistro acima;

3º - INSS, para, se for o caso, Requerer Benefícios, revisão e interpor recursos, Cadastro de Senha para informações previdenciárias pela internet e Requerimentos diários, fornecer laudos diversos, incluindo aqueles que necessitam da quebra de sigilo médico;

4º - Polícia Civil, Polícia Militar Rodoviária Federal e/ou Estadual, Polícia Militar, SAMU, Bombeiros, Servicos de Resgate e à quaisquer Hospitais Públicos ou Privados e/ou quaisquer Servicos de Saúde, para, se for o caso: Solicitar e receber cópias de quaisquer documentos e informações, onde conste o nome do(a) Outorgante, tais como Boletins de Ocorrência, Fichas de Atendimento Médico e de Urgência e Emergência, Prontuários e exames médicos de Internação e Ambulatoriais, em que o(a) Outorgante tenha registro, em decorrência do Acidente/Sinistro a que esta Procuração se refere;

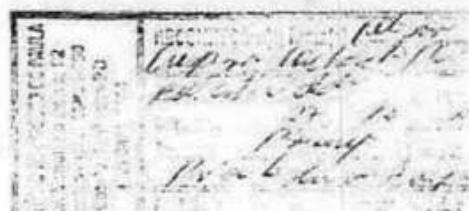
5º - Conselhos Regionais e/ou Federal de Medicina para, se for o caso: realizar denúncias, ingressar com pedidos; realizar denúncias e pedidos de manifestações, parecer e consultas em nome do (a) Outorgante.

### LOCAL E DATA

Assinatura do(a) Outorgante: X

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE OU VERDADEIRA)

Selo Digital: AJP28357 - JKAF  
Consulte a autenticidade em:  
<https://selodigital.tpb.jus.br>



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246532/19

**Vítima:** ROBSON CRESPIM MACHADO

**CPF:** 713.233.064-04

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 03/05/2019

**Titular do CPF:** ROBSON CRESPIM MACHADO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### RENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS : 075.949.294-89

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

#### ROBSON CRESPIM MACHADO : 713.233.064-04

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: 22/07/2019  
Nome: ROBSON CRESPIM MACHADO  
CPF: 713.233.064-04

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

ROBSON CRESPIM MACHADO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:43:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110434468300000034861527>  
Número do documento: 20111110434468300000034861527

Num. 36517647 - Pág. 28

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0028972/20

**Vítima:** ROBSON CRESPIM MACHADO

**CPF:** 713.233.064-04

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 03/05/2019

**Titular do CPF:** ROBSON CRESPIM MACHADO

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

#### CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO : 973.419.833-53

Documentos de identificação  
Procuração

#### ROBSON CRESPIM MACHADO : 713.233.064-04

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/01/2020  
Nome: ROBSON CRESPIM MACHADO  
CPF: 713.233.064-04

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/01/2020  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

ROBSON CRESPIM MACHADO

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:43:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011110434468300000034861527>  
Número do documento: 2011110434468300000034861527

Num. 36517647 - Pág. 29

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190439053 Cidade: Catolé do Rocha Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: ROBSON CRESPI MACHADO Data do acidente: 03/05/2019 Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 06/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO DEDO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR - (PÁG 3).  
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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





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, 23 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190439053 Vítima: ROBSON CRESPI MACHADO

**Data do Acidente:** 03/05/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador: BENATA RAMYRA DE MARQUES TEIXEIRA E GARCIA MEDEIROS**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Senhor(a). ROBSON CRESPIM MACHADO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14606875



B222 00161/00162 - carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:43:44  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110434468300000034861527>  
Número do documento: 20111110434468300000034861527

Num. 36517647 - Pág. 31



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

Processo: 08029427920198150141

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

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.<sup>o</sup> 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.**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:43:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011110434529300000034861528>  
Número do documento: 2011110434529300000034861528

Num. 36517648 - Pág. 1

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 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.**

**Dianete 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 10:43:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011110434529300000034861528>  
Número do documento: 2011110434529300000034861528

Num. 36517648 - Pág. 2

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 - 11/11/2020 10:43:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111110434529300000034861528>  
Número do documento: 20111110434529300000034861528

Num. 36517648 - Pág. 3