



Número: **0801821-72.2019.8.15.0381**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Itabaiana**

Última distribuição : **12/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>JUNIOR COSMO CAVALCANTE (AUTOR)</b>	<b>EGILSON DE OLIVEIRA (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
44481 546	14/06/2021 15:09	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
44481 548	14/06/2021 15:09	<a href="#"><u>2765875_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_03</u></a>	Outros Documentos
44481 999	14/06/2021 15:09	<a href="#"><u>2765875_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
44482 014	14/06/2021 15:09	<a href="#"><u>2765875_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/06/2021 15:09:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061415091873700000042287788>  
Número do documento: 21061415091873700000042287788

Num. 44481546 - Pág. 1

---

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JUNIOR COSMO CAVALCANTE**

Nº Sinistro: **3180340208**  
Vitima: **JUNIOR COSMO CAVALCANTE**  
Data do Acidente: **26/11/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180340208**.

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 13151964



---

Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JUNIOR COSMO CAVALCANTE**

**Sinistro:** 3180340208  
**Vítima:** JUNIOR COSMO CAVALCANTE  
**Data do Acidente:** 26/11/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180340208** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	096.555.334-73	JUNIOR COSMO CAVALCANTE

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
JUNIOR COSMO CAVALCANTE	096.555.334-73	ET. MOREIRA
Endereço	Número	Complemento
R. AMAZONAS	465	
Bairro	Estado	CEP
Centro	PB	58330-000
Email	Telefone (DDD)	
CONSULT.JUS.ADVOCADOS@GMAIL.COM	73 98940-0023	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

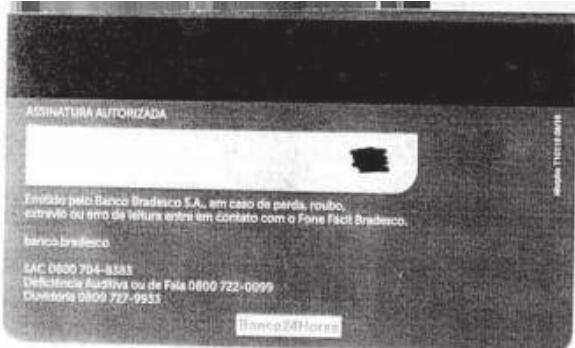
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (101)			
AGÊNCIA NRO.	CONTA NRO.	NRO.	
0150	3	237	
(Informar dígito se existir)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO		NRO.	
BRADESCO		237	
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
0150	3	0550138	0
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Junior Cosmo Cavalcante

Local e Data





ele



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/06/2021 15:09:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061415092024300000042287790>  
Número do documento: 21061415092024300000042287790

Num. 44481548 - Pág. 4

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3180340208  
Nome do(a) Examinado(a): Junior Cosmo Cavalcante  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Amazonas, 465  
Centro Juripiranga PB CEP: 58330-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / SP ] 524465897  
Data local do acidente: [ 26/11/2017 ]  
Data local do exame: [ 27/08/2018 ] João Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DO ACRÔMIO DA ESCÁPULA DIREITA + TCE COM FRATURAS MÚLTIPLAS DOS OSSOS DO CRANIO E FACE COM EDEMA CEREBRAL DIFUSO, PNEUMOCRÂNIO E HEMORRAGIA SUBARACNOIDE PARIETAL ESQUERDA.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA ESCÁPULA DIREITA OSTEOSINTSE COM PLACA E PARAFUSOS, TRATAMENTO CONSERVADOR DAS LESÕES DO CRÂNIO E DA FACE. FEZ FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**  
Data da Alta: 26/04/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NO CRANIO E OMBRO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO OMBRO DIREITO, HIPOTROFIA MUSCULAR E DEFICIT DE FORÇA DO REFERIDO OMBRO, REFERE QUEIXAS DE CEFALÉIA E TONTURA.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim**  **Não**
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim**  **Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO.**  
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).  
 "Vítima em tratamento"  "Sem sequela permanente"  
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias  
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |  |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>OMBRO - Lado Direito</b><br>% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve<br><input type="checkbox"/> 50% médio <input checked="" type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve<br><input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve<br><input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo   | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve<br><input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |

VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo  
CPF - 456.814.654-20  
CRM/PB - 4518



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/06/2021 15:09:21  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061415092024300000042287790  
Número do documento: 21061415092024300000042287790

Num. 44481548 - Pág. 5

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01030.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01030.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:28 horas do dia 30 de maio de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Junior Cosmo Cavalcante**, CPF nº 076.555.314-71, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Tec. Montagem, filho(a) de Severina Cavalcante da Silva e José Cosmo da Silva, natural de Juripiranga/PB, nascido(a) em 10/06/1984 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Amazonas, Nº 465, bairro Centro, tendo como ponto de referência Mercado de Betinho, na cidade de Juripiranga/PB, telefone(s) para contato (83) 98740-0023.

**Dados do(s) Fatos:**

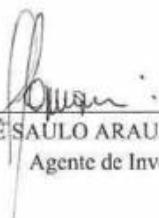
Local: Pb 0066, Fazenda Onça, Juripiranga/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 26/11/17 12:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

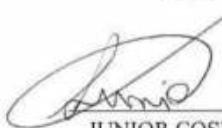
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o notificante, no dia 26/11/2017, por volta das 12:10 horas da noite, o notificante transitava pela PB 0066, próximo fazenda Onça, na cidade de Juripiranga PB; QUE segundo o notificante nesta ocasião vinha pilotando o veículo tipo motocicleta, marca e modelo: YAMAHA/FACTOR YBR 125 K, ano e modelo: 2012 de cor vermelha, placa: PGF 6415/PE, CHASSI Nº 9C6KE1520C0108789, registrado em nome de Paulo Pereira da Silva, CPF nº 964.416.744-91, QUE segundo o notificante seguia normalmente e ao fazer uma curva perdeu o controle devido o veículo ter derrapado, vindo o mesmo a cair ao chão; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATA DE EMISSÃO 05.04.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S02,7+S06.1+S06.6+S06,9+S09,9+S42,1

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 30 de maio de 2018.

  
JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigação

  
JUNIOR COSMO CAVALCANTE  
Noticiante



1/1





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima JUNIOR GOSWY CAVALCANTE	CPF da Vítima 096.555.334-74	Data do Acidente 26/11/2017
--	---------------------------------	--------------------------------

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pedro, 17 de julho de 2018  
Local e Data



DALI.001 V001/2017



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUNIOR COSMO CAVALCANTE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00150-3

CONTA: 000000550118-0

---

Nr. Autenticação  
BRADESCO29082018050000000002370015000000550118253125 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/06/2021 15:09:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061415092024300000042287790>  
Número do documento: 21061415092024300000042287790

Num. 44481548 - Pág. 9



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Maria Cinthia Galo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.690.444 / 29, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Junior Cosmo Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 076.555.314 / 73, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Junior Cosmo Cavalcante, inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.555.314 / 73 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 Av. Capitão José Pessoa	Número 602	Complemento
Bairro LAGUNA	Cidade João Pessoa	Estado PB
Email CONSULT-HS.ADV2GMAIL@GMAIL.COM	Telefone comercial(DDD) 83 4341-2336	Telefone celular (DDD) 33 98663-0588

JOÃO PESSOA, 17 de JULHO de 20

## Local e Data

Maria Enthia Giro da Silveira  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

DOI:10.001/V001/2017



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Paulo Ferreira da Silva,  
RG nº 3.493.356 SSDS/PB, data de expedição 25/04/2012,  
Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 96441674491, com  
domicílio na cidade de União, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Sítio Areia Velha - Areia Runa, nº \_\_\_\_\_,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Junior Lemos Cavalcante, cujo o condutor era  
Junior Lemos Cavalcante.

Veículo: Yamata - Moto  
Modelo: Yamata - Factor yBR  
Ano: 2012  
Placa: PGF 6415  
Chassi: 9C6KE1520C0E0108789  
Data do Acidente: 26.11.17  
Local e Data: São Pedro 17 de Julho de 2018

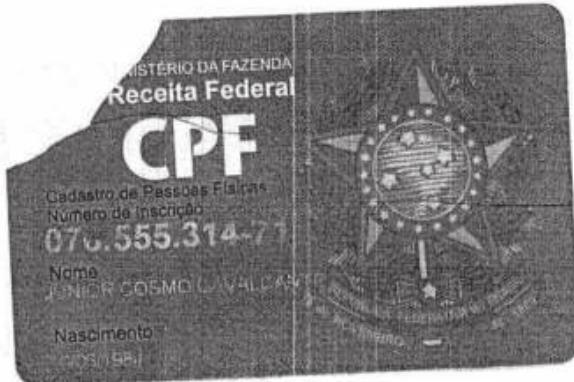
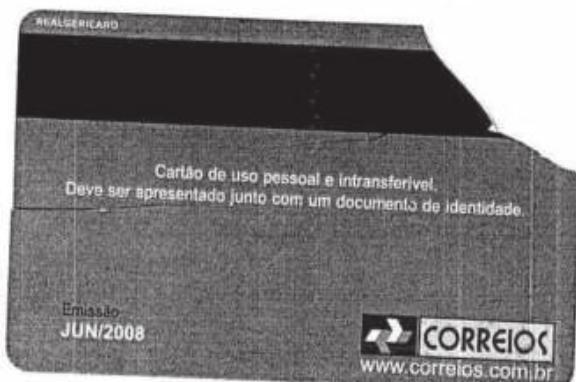
Assinatura do Declarante

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
**PAULO PEREIRA DA SILVA**  
Dou fé. Juíziranga/PB - 04/06/2018  
Notário: I.FDA DANTAS DE OLIVEIRA COUTINHO  
Selo Digital: AGY85619-XSH6  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Emol R\$ 9,48 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15/FPJ





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/06/2021 15:09:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061415092024300000042287790>

Número do documento: 21061415092024300000042287790

Num. 44481548 - Pág. 12

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETAN - PE**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

Nº 013727807058

VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	529924021	*****	2017
NOME			
PAULO PEREIRA DA SILVA			
NAZARE DA MATA-PE			
CPF / CNPJ		PLACA	
964.416.744-91		PGE6415	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
***** / PE		906KE1520C0106789	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS / MOTOCICLETA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
YAMAHA / FACTOR YBR125 X		2012	2012
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
29/124CL		PARTIC	VERMELHA
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	VENC / COTAS
I	IPVA 2017 QUITADO		1º *
V	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º *
A	1		3º *
PRÉMIO TÁRPÓRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
SEGURÓ PAGO			DATA DE PAGAMENTO
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
<i>Charles Andrews Sousa Ribeiro</i>		DATA	
NAZARE DA MATA		01/03/18	
Charles Andrews Sousa Ribeiro Diretor Presidente DETAN/PE			

SEGURO OBI  
AUTOMOTIVO

PE Nº 4

PAULO I

ES  
PA  
A

NAZARE

VIA	1	9
RENA	5299240	
ANO FAB.	2012	
PLA		
CUSTO DO B		
SEGURÓ		
<input type="checkbox"/> COTA UN		

088  
013



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180340208      **Cidade:** Juripiranga      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JUNIOR COSMO CAVALCANTE      **Data do acidente:** 26/11/2017      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO ACRÔMIO DA ESCÁPULA DIREITA + TCE COM FRATURAS MÚLTIPLAS DOS OSSOS DO CRANIO E FACE COM EDEMA CEREBRAL DIFUSO, PNEUMOCRÂNIO E HEMORRAGIA SUBARACNOIDE PARIETAL ESQUERDA.

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS NO CRANIO E OMBRO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO OMBRO DIREITO, HIPOTROFIA MUSCULAR E DEFICIT DE FORÇA DO REFERIDO OMBRO, REFERE QUEIXAS DE CEFALÉIA E TONTURA .

**Resultados terapêuticos:** HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DA ESCÁPULA, PORÉM RESULTOU EM HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO OMBRO DIREITO, HOUVE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS DO CRANIO E RESOLUÇÃO DO TCE, PORÉM O PERICIANDO REFERE TONTURA, CEFALIA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 27/08/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** João Bartolomeu Pinto Rabelo

**CRM do médico:** 4518

**UF do CRM do médico:** PB

### 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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>		<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>	

### PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** GALDINO LEONARDO

**CRM do médico:** 17727

**UF do CRM do médico:** PE

**Assinatura do médico:**



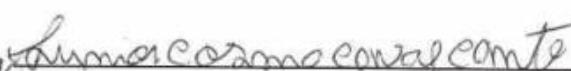
## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Junior Cosmo Cavalcante, portador da carteira de identidade nº 524465097 inscrito no CPF sob o nº 076.555.314-73, profissão Técnico de montagem de estudo civil Solteiro, residente e domiciliado na Rua Amazonas, 112 485 Centro, Cidade Juripiranga, Estado PB Telefone (83) 98940-0023.

**OUTORGADO(S):** RAFAELA MARIA E SILVA FERREIRA, inscrita na OAB/PB sob o nº 20.228; MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA, inscrita na OAB/PB nº 17.295;

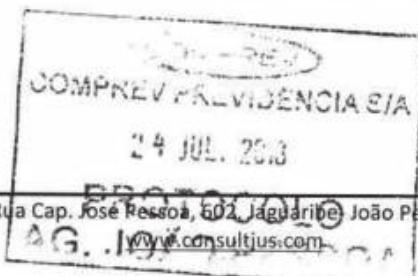
**PODERES:** Para requerer o Seguro DPVAT da vitima/beneficiário Junior Cosmo Cavalcante, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido(a) procurador(a) dar entrada no processo, em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento e aviso de sinistro, em nome da vitima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa, 05 de JUNHO de 2018.

  
 **OUTORGANTE**

OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
JUNIOR COSMO CAVALCANTE  
Dou fé: Juripiranga/PB - 05/06/2018  
Notário: LEDA DANTAS DE OLIVEIRA COUTINHO  
Selo Digital:AGY85634-D3CQ  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Emol R\$ 9,48 FARFEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,90



# BRADESCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/08/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUNIOR COSMO CAVALCANTE

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00150-3

CONTA: 000000550118-0

---

Nr. Autenticação

BRADESCO29082018050000000002370015000000550118253125 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/06/2021 15:09:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061415092166600000042287791>  
Número do documento: 21061415092166600000042287791

Num. 44481999 - Pág. 1

EX  
MO.  
SR.  
DR.  
JUI



Z DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE ITABAIANA/PB

Processo n.º 08018217220198150381

**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 **JUNIOR COSMO CAVALCANTE**, em trâmite perante este Duto 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:

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

ITABAIANA, 10 de junho de 2021.

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/06/2021 15:09:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061415092220300000042287806>  
Número do documento: 21061415092220300000042287806

Num. 44482014 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/06/2021 15:09:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061415092220300000042287806>  
Número do documento: 21061415092220300000042287806

Num. 44482014 - Pág. 2