



Número: **0801498-91.2017.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **02/05/2017**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                     |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                                             |                   |
|------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| ANA MARTA OLIVEIRA SOUZA (AUTOR)                           |                    | GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO)<br>ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO) |                   |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU)                                 |                    | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)                                                          |                   |
| HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO) |                    |                                                                                           |                   |
| Documentos                                                 |                    |                                                                                           |                   |
| Id.                                                        | Data da Assinatura | Documento                                                                                 | Tipo              |
| 45757677                                                   | 14/07/2021 17:33   | <a href="#">Petição</a>                                                                   | Petição           |
| 45757678                                                   | 14/07/2021 17:33   | <a href="#">2769028_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>                             | Outros Documentos |
| 45757681                                                   | 14/07/2021 17:33   | <a href="#">2769028_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>                                   | Outros Documentos |

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 23 de Março de 2017

Carta nº: 10706268

A/C: ANA MARTA OLIVEIRA SOUZA

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170158436 ASL-0103470/17  
**Vítima:** CARLOS GABRIEL DE SOUZA AZEVEDO  
**Data Acidente:** 22/08/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01371/01372 - carta\_01



Rio de Janeiro, 23 de Março de 2017

Carta nº: 10711339

A/C: ANA MARTA OLIVEIRA SOUZA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170158436 ASL-0103470/17

Vítima: CARLOS GABRIEL DE SOUZA AZEVEDO

Data Acidente: 22/08/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 15/03/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 22/08/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Certidão de nascimento ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01141/01142 - carta\_03



Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2017

Carta nº: 11217478

A/C: ANA MARTA OLIVEIRA SOUZA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170158436 ASL-0103470/17

Vítima: CARLOS GABRIEL DE SOUZA AZEVEDO

Data Acidente: 22/08/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **20/06/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **22/08/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Certidão de nascimento ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01319/01320 - carta\_03



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2017

Carta nº: 11475009

A/C: ANA MARTA OLIVEIRA SOUZA

Sinistro: 3170158436 ASL-0103470/17  
Vítima: CARLOS GABRIEL DE SOUZA AZEVEDO  
Data Acidente: 22/08/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00873/00874 - carta\_02



Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2017

Carta nº: 11628325

A/C: ANA MARTA OLIVEIRA SOUZA

Sinistro: 3170158436 ASL-0103470/17  
Vítima: CARLOS GABRIEL DE SOUZA AZEVEDO  
Data Acidente: 22/08/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00819/00820 - carta\_02



Rio de Janeiro, 30 de Setembro de 2017

Carta nº: 11740378

A/C: ANA MARTA OLIVEIRA SOUZA

Sinistro: 3170158436 ASL-0103470/17  
Vitima: CARLOS GABRIEL DE SOUZA AZEVEDO  
Data Acidente: 22/08/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANA MARTA OLIVEIRA SOUZA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 00000119043-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

|                  |     |        |
|------------------|-----|--------|
| Multa:           | R\$ | 0,00   |
| Juros:           | R\$ | 0,00   |
| Total creditado: | R\$ | 675,00 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

|                                        |     |        |
|----------------------------------------|-----|--------|
| Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = | R\$ | 675,00 |
|----------------------------------------|-----|--------|

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01997/01998 - carta\_15R



**S**  
Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

DOCUMENTO 1 \*T1\*

Nº DO SINISTRO



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Ana Marta de Souza Aguiar, EXPEDIDO POR SSPS EM 08/01/2014

PORTADOR(A) DO RG Nº 2702.330 / CNPJ 00000000-0000-00 PROFISSÃO do lar

CPF 0400638354-36 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Carlin Gabriel de Souza Aguiar AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 415/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento);
- comprovatório dos dados bancários;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL: [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRABESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) **COMPROVA** Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

COMPROVA SEGUROS E PREVIDÊNCIAS

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E SOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

João Pessoa 13 de Fevereiro de 2017 \*Ana Marta de Souza Aguiar  
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

### ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



**CAIXA**

POUPANÇA



6277 8012 7537 8028

ANA MARTA SOUZA AZEVEDO

1914 013 00119043-5 08/21

el

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

15 MAR. 2017

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



DOCUMENTO 1 "T1%"



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Ana Marta de Souza AguiarPORTADOR(A) DO RG Nº 2702.330EXPEDIDO POR SSD5EM 08/01/2014CPF 040638354-36 / CNPJ 00000000-00 ( ) ( ) ( ) PROFISSÃO do lar

E RENDA MENSAL DE R\$ Receita NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Carlos Gabriel de Souza Aguiar AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susesp nº 145/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POLIPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POLIPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA AQUI MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa 13 de Fevereiro de 2017

LOCAL E DATA

\*Ana Marta de Souza Aguiar

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente); indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 17:33:30

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071417332998700000043480271>

Número do documento: 21071417332998700000043480271

**CAIXA**

POUPANÇA



6277 8012 7537 8028

ANA MARTA SOUZA AZEVEDO

1914 013 00119043-5 02/EL

el

COMPREV SE

15 MAR. 2017

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Ana Marta de Souza AguiarPORTADOR(A) DO RG Nº 2702.330EXPEDIDO POR SSPEM 08/01/2017CPF 040603354-36 /CNPJ \_\_\_\_\_, PROFISSÃO do lar

E RENDA MENSAL DE R\$ Receita R\$ NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Carlos Gabriel de Souza Aguiar. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa da renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL: [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta indicada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia de vários cartões múltiplos com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 304Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1917Nº da CONTA (com dígito, se existir) 119040-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa 13 de Fevereiro de 2017

LOCAL E DATA

Ana Marta de Souza Aguiar

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente). Indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguradoratransito.com.br](http://www.dpvatseguradoratransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
GERÊNCIA EXECUTIVA DE POLÍCIA CIVIL METROPOLITANA  
6ª DELEGACIA DISTRITAL DE SANTA RITA-PB

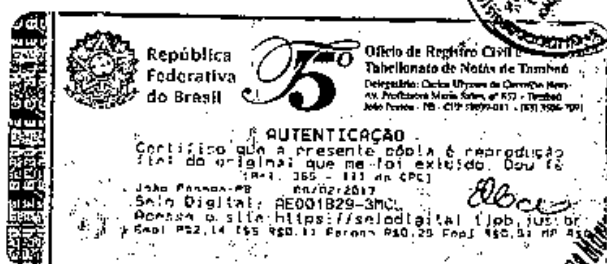
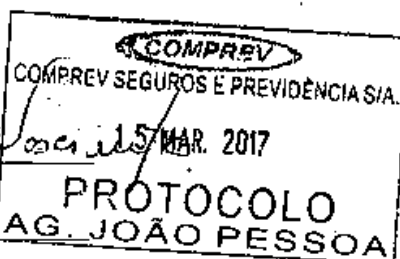


**BOLETIM DE OCORRÊNCIA. Nº 3.591/2016.**

Aos sete dias do mês de Dezembro ano de 2016, nesta cidade de Santa Rita, Estado da Paraíba e na 6ª Delegacia Distrital, onde presente o Dr. Pedro Martins dos Santos, Delegado de Polícia Civil, comigo escrivão de seu cargo, ai pelas 12hs04min, compareceu MARCOS ROBERTO DO NASCIMENTO, brasileira(o), solteiro, natural de Santa Rita, filho de Manuel Rodrigues do Nascimento e de Ziza Antonia da Silva, com 47 anos de idade, nascida(o) em 19/12/1969, atendente de Saúde, portador da Identidade de nº 1.540.025/Pb, CPF- 027.494.144-90, com o terceiro grau de ensino completo, residente rua Sítio Ribeira, Zona Rural de Santa Rita/Pb, (marcos da saúde- perto do campo de Futebol) /Pb fone- 83-98114.0734 para notificar que no dia 22/08/2016, pilotava a sua motocicleta de marca Honda/CG 150, de placa OFX-3524/Pb, a qual se encontra registrada no Detran/Pb, em nome de Marizete Monteiro, pela PB 011, que liga Santa Rita a Forte Velho, isto por volta das 18hs30m aproximadamente, o qual a passar pelo o quebra mola, perdeu o controle da moto, vindo a cair ao solo, sofrendo ferimentos pelo o corpo, sendo socorrido para o Hospital do Trauminha, em Mangabeiro; Que como carona, da moto, vinha a pessoa de nome Carlos Gabriel de Souza Azevedo, que também foi socorrido para o Trauminha, devido aos ferimentos também sofrido no acidente. o, motivo pelo o qual veio registrar o fato e solicita uma certidão dar entrada no seguro obrigatório. Nada mais a declarar e ciente das sanções penais contidas no artigo 299, do Código Penal Brasileiro, caso a declaração não traduza a verdade, excepo o Boletim de Ocorrência.

Notificante

Escrivão de Polícia



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 17:33:30  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071417332998700000043480271  
Número do documento: 21071417332998700000043480271

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170158436 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS GABRIEL DE SOUZA AZEVEDO **Data do acidente:** 22/08/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** LESÃO PARTES MOLES PÉ ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** SEM EDEMAS OU ATROFIAS, ADM NORMAL, CICATRIZ HIPERTRÓFICA E DOR AOS MOVIMENTOS. DIFICULDADE DE USAR CALÇADOS FECHADOS.

**Resultados terapêuticos:** VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM AGOSTO DE 2016, TEVE FERIMENTO EXTENSO EM PÉ ESQ. EVOLUIU COM CICATRIZ HIPERTRÓFICA E DOR AOS MOVIMENTOS E AO DEAMBULAR. DIZ TER DIFICULDADE DE USAR CALÇADOS FECHADOS.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do pé esquerdo em grau residual.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 19/09/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau residual do pé devido a presença de cicatriz hipertrófica no pé, com lesão de partes moles e dificuldade de usar calçados fechados.  
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

**Médico examinador:** Luiz Eduardo Duque Portela

**CRM do médico:** 6867

**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 funcional completa de um dos pés | 50 %                                         | Em grau residual - 10 %                              | 5%        | R\$ 675,00            |
| Total                                  |                                              |                                                      | 5 %       | R\$ 675,00            |

### PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



**DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML**

Eu, \_\_\_\_\_  
portador da carteira de identidade nº \_\_\_\_\_ e inscrito no  
CPF nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na  
\_\_\_\_\_, Cidade \_\_\_\_\_,

Estado \_\_\_\_\_, 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:

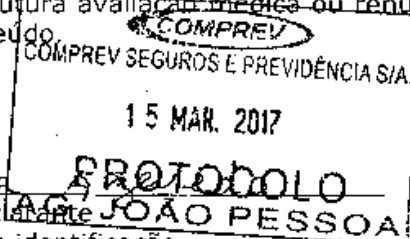
- ☐ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza  
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza  
perícias com prazo superior 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 a  
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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

*X Ana Marta de Souza*

Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação



Local e data

CS



Certidão de nascimento



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAÍBA  
CARTÓRIO DISTRITAL DE REGISTRO CIVIL

Cartório do Registro Civil de Pessoa Natural da Paraíba  
Rua São José, 124 - CEP: 58304-400 - Santa Rita - PB

**Certidão do Nascimento**

Eu, Marília Paula dos Santos, Escrevente Compromissada, deste  
CARTÓRIO DISTRITAL DE REGISTRO CIVIL, do Distrito de Nossa Senhora do  
Livramento, da Comarca de Santa Rita, estado da Paraíba, na forma da lei, etc.

**CERTIFICO** que às folhas 37-V, sob número 5501 do livro A-00007  
do Registro de Nascimento, foi feito hoje o assento de **CARLOS GABRIEL DE SOUZA  
AZEVEDO**, nascido aos vinte e um de junho de dois mil e oito (21/6/2008) às 20  
horas e 50 minutos, na Maternidade Frei Damião, conforme DNV nº 4649411-4, na  
cidade de João Pessoa-PB, do sexo masculino, filho de José Carlos Borges de Azevedo  
e Ana Maria de Oliveira Souza.

Sendo avô paterno **José Santana de Azevedo e Ivonete  
Borges de Azevedo**. E avô materno **Romilson Pedro de Souza e Ana Maria Paulino  
de Oliveira**.

Foi dada fé o pai do registrado. Testemunhas dispensadas nos  
termos da LEI 9.997/2000.

O referido é verdade e eu faço.

Obs: Esta certidão não contém rasuras.

Santa Rita-PB, 10 de julho de 2008

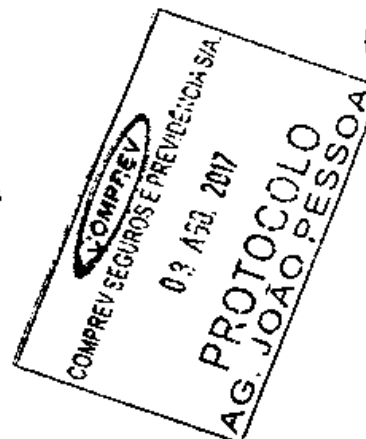
Marília Paula dos Santos  
Escrevente Compromissada

Cartório Distrital de N. S. do Livramento  
Santa Rita-PB

Rua São José, 124 - CEP: 58304-400

Tel.: (83) 3664-7184 / 3605-7848

Oficial: Leirival Lemos da F. Júnior



375616

POL-50.974





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAÍBA

CARTÓRIO DISTRITAL DE REGISTRO CIVIL

Cartório do Registro Civil da Comarca de Santa Rita

Unidade P

**Certidão de Nascimento**

Eu, Maria Paula dos Santos, Escrevente Compromissada, deste  
CARTÓRIO DISTRITAL DE REGISTRO CIVIL, do Distrito de Nossa Senhora do  
Livramento, da Comarca de Santa Rita, estado da Paraíba, na forma da lei, etc.

**CERTIFICO** que às folhas 37-V, sob número 5501 do livro A-00007  
do Registro de Nascimento, foi lido hoje o assento de **CARLOS GABRIEL DE SOUZA  
AZEVEDO**, nascido aos vinte e um de junho de dois mil e oito (21/6/2008), às 20  
horas e 50 minutos, na Maternidade Frei Damião, conforme DNV nº 4649411-4, na  
cidade de João Pessoa-PB, do sexo masculino, filho de José Carlos Borges de Azevedo  
e Ana Marta de Oliveira Souza

Sendo avós paternos **Jessé Santana de Azevedo** e **Ivonete  
Borges de Azevedo**. E avós maternos **Romilson Pedro de Souza** e **Ana Maria Paulino  
de Oliveira**.

Foi declarado o pai do registrado. Testemunhas dispensadas nos  
termos da LEI 9.997/2000

O referido assento está em dupla

Obs: Esta certidão não contém rasuras.

Santa Rita-PB, 10 de julho de 2008

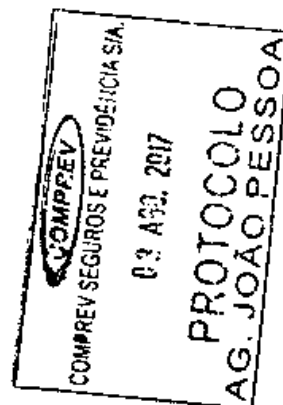
Maria Paula dos Santos  
Escrevente Compromissada

Cartório Distrital de N. S. do Livramento  
Santa Rita-PB

Rua São José, 124 - CEP: 58304-800

Tel.: (83) 3864-7184 / 3805-7843

Oficial: Leirival Lopes da F. Júnior



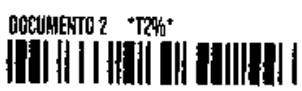
273016

PCB-50.974

End.: FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N. 58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980 Recepcionista: WILMA FERNANDES MONTEIRO  
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28 Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1  
Nome: CARLOS GABRIEL DE SOUZA AZEVEDO Num. Prontuario: 2016.08.001926  
CNS: 898004995376234 Sexo: M CERTIDAO DE NASC.: 9997 Fone: 982140605  
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 21/06/2008 Id: 8 ano(s)  
End.: SÍTIO RIBEIRA,  
Bairro: ZONA RURAL Cidade: SANTA RITA UF: PB  
Pai: JOSE CARLOS BORGES DE AZEVEDO  
Mae: ANA MARIA DE OLIVEIRA SOUZA

Ocupação:  
INFORMACOES DE ENTRADA  
Resp.: MAE  
T.D. Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD  
Procedencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR



Transporte utilizado: AMBULANCIA  
Vitima de acidente por: VITIMA DE QUEDA DE MOTO AS 18:30 PROXIMO AO  
Vitima de violência por: DE FUTEBOL  
☐ Caso Policial

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO  
15 MAR. 2017  
PROTOKOLO  
AG. JOAO PESSOA

PRE-CONSULTA  
Tipo de Classificação de Risco:  
PA: FR: ☐ Gravemente Sem ☐ Grave  
FC: TP: ☐ Politransitado ☐ Convulsao  
Peso: Altura: ☐ Hemorragia ☐ Dispneia  
\* Glicemia: IMC: ☐ Diarreia ☐ Agitado  
Circ. Abd: O2%: ☐ Regular ☐ Chocado

Queixa Principal: *vitima acidente com moto.*  
*bonito chegou a este serviço com mais de 6 horas de dor no membro do PE (E), dor*

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento médico):  
*do M. de TRAUMA, onde não foi feito ATB*  
*proibido de andar sozinho, foi levado*  
*em uma ambulância com trauma*

Diagnostico: *fratura de ulna* | Conduta:  
*redução e imobilização*

Prescrição:  
*- Proibido de andar sozinho*  
*- To medicado com 75 mg de Diclofenaco*

Dr. Thales W. S. Nitti  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - PB 65077 EOT - 1044

02

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 879410

Atd: Nao Regulado

Data: 23/08/2016

Hora: 00:09:27

Recepcionista: WILMA FERNANDES MONTEIRO

Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: CARLOS GABRIEL DE SOUZA AZEVEDO

Num. Prontuario: 2016.08.001926

CNS: 898004995376234 Sexo: M CERTIDAO DE NASC.: 9997 Fone: 982140605

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 21/06/2008 Id: 8 ano(s)

End.: SÍTIO RIBEIRA,

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SANTA RITA UF: PB

Pai: JOSE CARLOS BORGES DE AZEVEDO

Mae: ANA MARIA DE OLIVEIRA SOUZA

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: MAE

Te. Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Pro. Uencia: OUTRA UNIDADE HOSPITALAR

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: VITIMA DE QUEDA DE MOTO AS 18:30 PROXIMO AO

Vitima de violência por: DE FUTEBOL

☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

PC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd.: O2%:

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

**COMPREV**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

15 MAR 2017

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

Apresentando Bem ☐ Grave

traumatizado ☐ Convulsao

Hemorragia ☐ Dispneia

Choque ☐ Agitado

Respiração ☐ Chocado

Queixa Principal

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Prescricao

Horario da medicacao

03



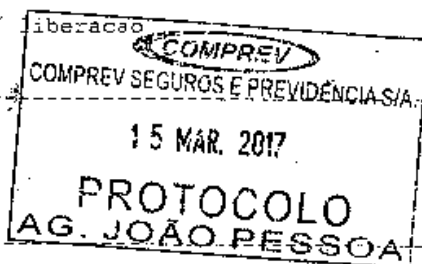
Data e Hora : PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

| Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao |
|------|--------------|------|---------|----------|
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |
|      |              |      |         |          |

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação



PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI  
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Óbito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/09/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

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

CLIENTE: ANA MARTA OLIVEIRA SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000119043-5

---

---

Nr. da Autenticação FC7DDD3DC051084F



1101 1102 1103 1104 1105 1106 1107 1108 1109 1110 1111 1112 1113 1114 1115 1116 1117 1118 1119 1120 1121 1122 1123 1124 1125 1126 1127 1128 1129 1130 1131 1132 1133 1134 1135 1136 1137 1138 1139 1140 1141 1142 1143 1144 1145 1146 1147 1148 1149 1150 1151 1152 1153 1154 1155 1156 1157 1158 1159 1160 1161 1162 1163 1164 1165 1166 1167 1168 1169 1170 1171 1172 1173 1174 1175 1176 1177 1178 1179 1180 1181 1182 1183 1184 1185 1186 1187 1188 1189 1190 1191 1192 1193 1194 1195 1196 1197 1198 1199 1200 1201 1202 1203 1204 1205 1206 1207 1208 1209 1210 1211 1212 1213 1214 1215 1216 1217 1218 1219 1220 1221 1222 1223 1224 1225 1226 1227 1228 1229 1230 1231 1232 1233 1234 1235 1236 1237 1238 1239 1240 1241 1242 1243 1244 1245 1246 1247 1248 1249 1250 1251 1252 1253 1254 1255 1256 1257 1258 1259 1260 1261 1262 1263 1264 1265 1266 1267 1268 1269 1270 1271 1272 1273 1274 1275 1276 1277 1278 1279 1280 1281 1282 1283 1284 1285 1286 1287 1288 1289 1290 1291 1292 1293 1294 1295 1296 1297 1298 1299 1300 1301 1302 1303 1304 1305 1306 1307 1308 1309 1310 1311 1312 1313 1314 1315 1316 1317 1318 1319 1320 1321 1322 1323 1324 1325 1326 1327 1328 1329 1330 1331 1332 1333 1334 1335 1336 1337 1338 1339 1340 1341 1342 1343 1344 1345 1346 1347 1348 1349 1350 1351 1352 1353 1354 1355 1356 1357 1358 1359 1360 1361 1362 1363 1364 1365 1366 1367 1368 1369 1370 1371 1372 1373 1374 1375 1376 1377 1378 1379 1380 1381 1382 1383 1384 1385 1386 1387 1388 1389 1390 1391 1392 1393 1394 1395 1396 1397 1398 1399 1400 1401 1402 1403 1404 1405 1406 1407 1408 1409 1410 1411 1412 1413 1414 1415 1416 1417 1418 1419 1420 1421 1422 1423 1424 1425 1426 1427 1428 1429 1430 1431 1432 1433 1434 1435 1436 1437 1438 1439 1440 1441 1442 1443 1444 1445 1446 1447 1448 1449 1450 1451 1452 1453 1454 1455 1456 1457 1458 1459 1460 1461 1462 1463 1464 1465 1466 1467 1468 1469 1470 1471 1472 1473 1474 1475 1476 1477 1478 1479 1480 1481 1482 1483 1484 1485 1486 1487 1488 1489 1490 1491 1492 1493 1494 1495 1496 1497 1498 1499 1500 1501 1502 1503 1504 1505 1506 1507 1508 1509 1510 1511 1512 1513 1514 1515 1516 1517 1518 1519 1520 1521 1522 1523 1524 1525 1526 1527 1528 1529 1530 1531 1532 1533 1534 1535 1536 1537 1538 1539 1540 1541 1542 1543 1544 1545 1546 1547 1548 1549 1550 1551 1552 1553 1554 1555 1556 1557 1558 1559 1560 1561 1562 1563 1564 1565 1566 1567 1568 1569 1570 1571 1572 1573 1574 1575 1576 1577 1578 1579 1580 1581 1582 1583 1584 1585 1586 1587 1588 1589 1590 1591 1592 1593 1594 1595 1596 1597 1598 1599 1600 1601 1602 1603 1604 1605 1606 1607 1608 1609 1610 1611 1612 1613 1614 1615 1616 1617 1618 1619 1620 1621 1622 1623 1624 1625 1626 1627 1628 1629 1630 1631 1632 1633 1634 1635 1636 1637 1638 1639 1640 1641 1642 1643 1644 1645 1646 1647 1648 1649 1650 1651 1652 1653 1654 1655 1656 1657 1658 1659 1660 1661 1662 1663 1664 1665 1666 1667 1668 1669 1670 1671 1672 1673 1674 1675 1676 1677 1678 1679 1680 1681 1682 1683 1684 1685 1686 1687 1688 1689 1690 1691 1692 1693 1694 1695 1696 1697 1698 1699 1700 1701 1702 1703 1704 1705 1706 1707 1708 1709 1710 1711 1712 1713 1714 1715 1716 1717 1718 1719 1720 1721 1722 1723 1724 1725 1726 1727 1728 1729 1730 1731 1732 1733 1734 1735 1736 1737 1738 1739 1740 1741 1742 1743 1744 1745 1746 1747 1748 1749 1750 1751 1752 1753 1754 1755 1756 1757 1758 1759 1760 1761 1762 1763 1764 1765 1766 1767 1768 1769 1770 1771 1772 1773 1774 1775 1776 1777 1778 1779 1780 1781 1782 1783 1784 1785 1786 1787 1788 1789 1790 1791 1792 1793 1794 1795 1796 1797 1798 1799 1800 1801 1802 1803 1804 1805 1806 1807 1808 1809 1810 1811 1812 1813 1814 1815 1816 1817 1818 1819 1820 1821 1822 1823 1824 1825 1826 1827 1828 1829 1830 1831 1832 1833 1834 1835 1836 1837 1838 1839 1840 1841 1842 1843 1844 1845 1846 1847 1848 1849 1850 1851 1852 1853 1854 1855 1856 1857 1858 1859 1860 1861 1862 1863 1864 1865 1866 1867 1868 1869 1870 1871 1872 1873 1874 1875 1876 1877 1878 1879 1880 1881 1882 1883 1884 1885 1886 1887 1888 1889 1890 1891 1892 1893 1894 1895 1896 1897 1898 1899 1900 1901 1902 1903 1904 1905 1906 1907 1908 1909 1910 1911 1912 1913 1914 1915 1916 1917 1918 1919

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº000 577 728  
Código para Débito Automático: 000 53 184225

|      | DATE OF CALL | PERSON  | REMARKS |
|------|--------------|---------|---------|
| NAME | 10/1/63      | JOHN    | 10/1/63 |
| TIME | 10/1/63      | 10/1/63 | 10/1/63 |

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





## Declaração do Proprietário do Veículo

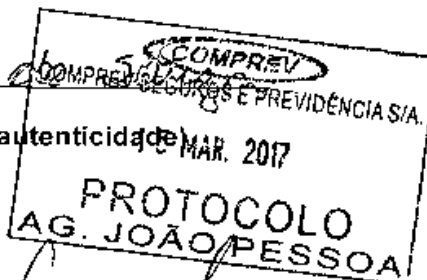
Eu, Marizete Monteiro de Souza.

RG nº 954783, data de expedição 1/1, Órgão SSP/PB,  
portador do CPF nº 374.504.094-53, com Domicílio na  
cidade de Santa Rita, no Estado de PB, onde  
resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua. Nair Alves da Costa,  
nº 314, complemento, \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que  
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima Carlos Gabriel de Souza Aguiar,  
cujo o condutor era Marcos Roberto do Nascimento.

Veículo: MotocicletaAno: 2013Modelo: Honda/NXR 150 BROS ESPlaca: DFX 3524Chassi: 9E2KDD550DR120212Data do acidente: 22/08/2016Local e data: João Pessoa, 13 de fevereiro de 2017.

Assinatura do Declarante Proprietário

(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status



2º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: MARCOS ROBERTO DO NASCIMENTO  
Em test. da verdade. Santa Rita-PB 25/01/2017 11:18:49  
Alexandro Rolim Dantas - Escrevente  
(2017-009356) EML-RR 19,23 FASPENAS 6,27 FEPJ-RR 1,85  
SELO DIGITAL: AE178516-0TU0

Confirma a autenticidade em: <http://mtdigital.tjpb.jus.br>Alexandro Rolim Dantas  
Escrevente Autorizado



DOCUMENTO S \*T596\*



## CERTIDÃO

Nº. 1707/2016

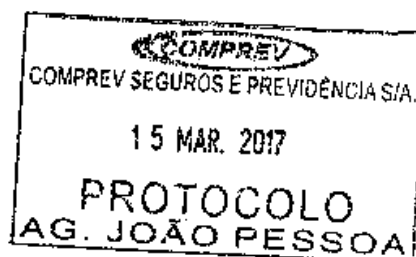
Atendendo solicitação de **GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 879410 e Prontuário nº 2016.08.001926 pertencente a **CARLOS GABRIEL DE SOUZA AZEVEDO** que foi atendido dia 23/08/2016 às 00h09min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em pé esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou lesão de partes moles de pé esquerdo. Realizado sutura dia 23/08/2016 com alta médica dia 25/08/2016.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 09 de novembro de 2016

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3137



04





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

|                                     |                               |                 |          |                                   |     |
|-------------------------------------|-------------------------------|-----------------|----------|-----------------------------------|-----|
| Nome: <i>Arly Gabriel S. Aguiar</i> |                               |                 |          | Registro:                         |     |
| Idade:                              | Sexo:                         | Cor:            | Clinica: | EMP:                              | LR: |
| Data: <i>22/03/16</i>               | Cirurgião: <i>Dr. Thelton</i> |                 |          | 1º Assistente: <i>Dr. N. Melo</i> |     |
| 2º Assistente:                      |                               | 3º Assistente:  |          | Instrumentador:                   |     |
| Anestesista: <i>Dr. Roberto R.</i>  |                               | Tipo Anestesia: |          | Horário: I:                       | T:  |

### DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

*Lesão estenose R7 em*  
*lesão em R7*

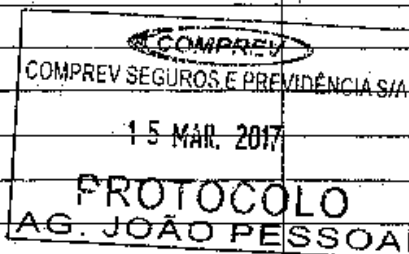
### DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

### PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

*Tx. Amigdal*



Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim  
2 ( ) Não  
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim  
2 ( ) Não

Descreva:

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Domicílio 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico

CF



# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

1. paciente deitado sobre a
2. mesa
3. com a cabeça elevada

Incisão:

4. Linça Baudet com
5. SF 0,75
6. de 10 cm para 10 cm
7. a 1 cm

Achados:

8. Sem lesões
9. um

Conduta:

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
15 MAR 2017  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Fechamento:

OBS:

Data:

22/08/16

OS

Tratado W. G. 2014  
Indicada e Normalizada  
PS 8050/TEOT 1084





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------|------------|
| Nome: <u>Carlos Gabriel de Souza Bezerra</u>                                                                                                                                                                                                                             |         | Data da Admissão: <u>23/08/16</u>   |            |
| Prontuário:                                                                                                                                                                                                                                                              | Idade:  | Enfermaria:                         | Leito:     |
| Nome da Mãe:                                                                                                                                                                                                                                                             |         |                                     |            |
| Endereço:                                                                                                                                                                                                                                                                |         | Bairro:                             |            |
| Cidade:                                                                                                                                                                                                                                                                  | Estado: | Fone:                               | Profissão: |
| Sexo: F ( ) M ( )                                                                                                                                                                                                                                                        | Cor:    | Estado Civil:                       | Religião:  |
| Escolaridade:                                                                                                                                                                                                                                                            |         | Data de Nascimento: <u>1/1/1971</u> |            |
| QPD: <u>Surto de surto</u>                                                                                                                                                                                                                                               |         |                                     |            |
| HDA: <u>Surto de surto</u>                                                                                                                                                                                                                                               |         |                                     |            |
| Medicações em uso:                                                                                                                                                                                                                                                       |         |                                     |            |
| Interrogatório Sintomatológico:                                                                                                                                                                                                                                          |         |                                     |            |
| Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de peso <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese                                                       |         |                                     |            |
| <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros:                                                        |         |                                     |            |
| Pele:                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |                                     |            |
| Cabeça e Pescoço: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe                                                                      |         |                                     |            |
| <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: <input type="checkbox"/> Visão:                                                           |         |                                     |            |
| AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise                                                                                                                           |         |                                     |            |
| <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Outros:                                                                 |         |                                     |            |
| ABD: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematemese <input type="checkbox"/> Náuseas                                                            |         |                                     |            |
| <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume              |         |                                     |            |
| AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria                  |         |                                     |            |
| <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras:                                                                                                                                                                 |         |                                     |            |
| SME: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposso <input type="checkbox"/> Deformidades                                                                                                                                                     |         |                                     |            |
| <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos |         |                                     |            |
| SN e PSQ: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade                                                                                                  |         |                                     |            |
| <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor                                                                                                                                                                          |         |                                     |            |

10



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa [ ] HTF

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg - Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

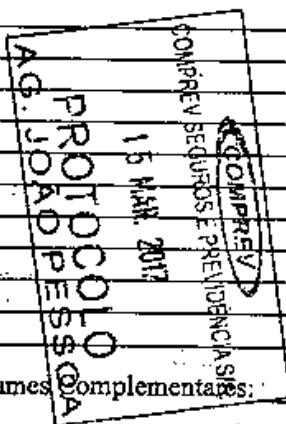
SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: *Pericardite aguda*

*Pericardite aguda*

Conduta: *sem tratamento*





**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**

Nome do(a) Examinado(a): **CARLOS GABRIEL DE SOUZA AZEVEDO** Sinistro: **3170158436** Data: **22/08/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **SITIO RIBEIRA, SN - AREA RURAL - Santa Rita - PB - CEP 58919-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSDS /PB** ] **2702330 (MÃE)**

Data local do exame: [ **19/09/2017** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**LESÃO PARTES MOLES PÉ ESQ. SEM EDEMAS OU ATROFIAS, ADM NORMAL, CICATRIZ HIPERTRÓFICA E DOR AOS MOVIMENTOS.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EM AGOSTO DE 2016, TEVE FERIMENTO EXTENSO EM PÉ ESQ. EVOLUIU COM CICATRIZ HIPERTRÓFICA E DOR AOS MOVIMENTOS E AO DEAMBULAR. DIZ TER DIFICULDADE DE USAR CALÇADOS FECHADOS.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**DOR AO MOVIMENTO DO PÉ ESQ.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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"  
Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):  
**PÉ ESQ.**

% do dano: ( **X** ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

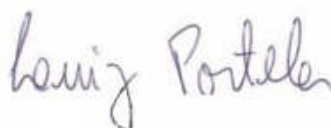
Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

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



Luiz Eduardo Duque Portela - CRM: 6867 - PB



## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Carlos Gabriel de Souza Aguiar  
 DATA DO ACIDENTE 22/09/2016 CPF DA VITIMA \_\_\_\_\_  
 PORTADOR DO DOCUMENTO Uma mãe de Souza Aguiar  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VITIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTESCO COM  
 A VITIMA É Carlos Gabriel de Souza Aguiar  
 ENDEREÇO DO PORTADOR Stio Ribeira  
 Nº 611 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO Cruzeiro  
 CIDADE Santa Rita UF PE CEP 58819-000  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (83) 99921-9283

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 ( ) CARTERIA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 ( ) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AULA DEFINITIVA  
 ( ) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTERIA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 ( ) CARTERIA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
 ( ) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADOS DO RESPECÍFICO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 ( ) CARTERIA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERIA DE TRABALHO OU CARTERIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR DE 16 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.  
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.  
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO.  
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 23/09/17

DATA

HORARIO 2:00:330

HORARIO

ASSINATURA Mãe de Carlos Gabriel de Souza Aguiar

ASSINATURA

**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE:** Ana Marta de Souza Azevedo  
**NACIONALIDADE:** Parasileira **ESTADO CIVIL:** Casada  
**PROFISSAO:** Do lar **Nº DO RG:** 2.702.330  
**ORGÃO EMISSOR:** SSDS - PB **DATA DE EMISSÃO:** 08/01/2014  
**Nº CPF:** 040.638.354-56 **ENDEREÇO:** Sítio Ribeira, S/N  
Área Rural - Santa Rita - PB CEP-58919-600

**OUTORGADO:** Ejulliyana Glávia de Amorim Nobrega  
**NACIONALIDADE:** Brasileira **ESTADO CIVIL:** Casada  
**PROFISSAO:** Advogada **Nº DO RG:** 2668291  
**ORGÃO EMISSOR:** SSDS/PB **DATA DE EMISSÃO:** 15/02/2011  
**Nº CPF:** 011.197.984-69 **ENDEREÇO:** Av. João Machado  
nº 553, Centro, João Pessoa/PB.

**PODERES:**

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Carlos Gabriel de Souza Azevedo, 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 vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.



João Pessoa 15 de Fevereiro de 20 17  
**COMPREV**  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
 15 MAR. 2017  
**PROTOCOLO**  
ANA MARTA DE SOUZA AZEVEDO  
 Assinatura

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

Alexandro  
Escrevente

**2º OFÍCIO DE NOTAS - REGISTRO DE IMÓVEIS**  
 SANTA RITA - PARAÍBA  
 RECONHECIMENTO DE FIRMA  
 Reconhecido, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de ANA MARTA DE SOUZA AZEVEDO, inscrita no CPF nº 040.638.354-56, em test. da verdade, Santa Rita - PB 25/01/2017 11:13:06  
 Alexandre Rolim Dantas - Escrevente  
 (2017-000335) JEMOL:R4 49,23 FAREN:R4 0,27 FEPO:R4 1485  
 SEL0 DIGITAL: AE178515-1ZVI  
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

23





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SANTA RITA/PB**

Processo n.º 08014989120178150331

**BRADESCO SEGUROS 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 **CARLOS GABRIEL DE SOUZA AZEVEDO**, 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 parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

SANTA RITA, 12 de julho 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.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/07/2021 17:33:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071417333095600000043480274>  
Número do documento: 21071417333095600000043480274