



Número: **0802352-43.2020.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Princesa Isabel**

Última distribuição : **29/10/2020**

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	
FRANCILBERTO VITORINO (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
47084560	13/08/2021 14:56	Petição	Petição
47084562	13/08/2021 14:56	2770446_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
47084564	13/08/2021 14:56	2770446_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190681573

Vítima: FRANCILBERTO VITORINO

Data do Acidente: 25/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCILBERTO VITORINO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

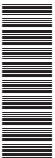
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15205908

Pag. 00491/00492 - carta_01 - INVALIDEZ

00040246





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190681573

Vítima: FRANCILBERTO VITORINO

Data do Acidente: 25/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCILBERTO VITORINO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: FRANCILBERTO VITORINO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 001

Agência: 000000867-2

Conta: 0000024273-X

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 044.310.954-03 4 - Nome completo da vítima: FRANCILBERTO VITORINO

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

5 - Nome completo: FRANCILBERTO VITORINO 6 - CPF: 044.310.954-03
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA - HERMES MATA 9 - Número: 52 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MATA 12 - Cidade: P. ISABEL 13 - Estado: PB 14 - CEP: 55.755.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 999-32.44-13

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO BRASIL

AGÊNCIA: 0867 2 CONTA: 24-273 X (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura legível da vítima ou representante legal

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: P. ISABEL - PB, 26-11-2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

01 V002/2019

27/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 11:53:06
COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CREDITADO:

CLIENTE: FRANCILBERTO VITÓRIO

AGÊNCIA: 067-2 CONTA : 24.273-X

DATA :

NR. DOCUMENTO

27/11/2019

VALOR DINHEIRO

086773985115306

VALOR TOTAL

2300

2300

QUANTIDADE DE CÉDULAS PROCESSADAS

1

NR. AUTENTICAÇÃO

A.588.518.816.059.C7A

Leia no verso como conservar este documento,

entre outras informações.



**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: 3190681573
Nome do(a) Examinado(a): Francilberto Vitorino
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Hermes Maia, S/N
Maia Princesa Isabel PB CEP: 58755-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 548072061
Data local do acidente: [25/08/2019]
Data local do exame: [20/12/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE FEMUR PROXIMAL ESQUERDO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: FIXAÇÃO POR PLACA E PARAFUSOS
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 20/11/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFICIT DE MOBILIDADE DO QUADRIL ESQUERDO E LIMITAÇÃO DE FLEXÃO E ROTAÇÃO
- 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:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL GRAVE DO QUADRIL ESQUERDO.
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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
QUADRIL - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 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 |
- 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








GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
16ª AISP DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE PRINCESA ISABEL



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Livros de Registro de Ocorrências desta Delegacia, encontrei a seguinte Ocorrência Policial:

OCORRENCIA POLICIAL Nº 603/2019, LIVRO nº 003/2019.

DATA: 27/11/2019

HORA: 16h30min

CIDADE: Princesa Isabel/PB

DELEGADO: GUTEMBERG JOSÉ DA COSTA MARQUES CABRAL

Noticiante: FRANCILBERTO VITORINO

Estado civil: solteiro **RG:** 54.807.206-1 SDS/SP

CPF: 044310954-03

Sexo: masculino **Nascimento:** 19.02.1982 **Idade:** 37

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Princesa Isabel/PB

Profissão: PESCADOR

Filiação: Geraldo Vitorino e de MARIA Marcionila Vitorino

Endereço: Rua Hermes Maia, 101, Bairro Maia, Princesa Isabel/PB

NARRATIVA

QUE na data de 25.08.2019, por volta das 03:30 horas, seguia conduzindo uma moto, quando nas proximidades do centro de Princesa Isabel/PB, que na curva que dá acesso a rua São Roque, freou o pneu dianteiro, vindo a perder o controle da moto caindo ao solo; Que fui socorrido pelo SAMU de Princesa Isabel, dando entrada no Hospital Regional de Princesa Isabel/PB, onde após exame de RAIO X, constatou fratura no fêmur esquerdo, e escoriações pela face; Que devido a gravidade foi transferido para o Hospital regional de Patos: Que conduzia uma Moto Honda/BIZ 125 ES, de cor VERDE, Placa NPR 6151/PB, Modelo e Fabricação 2011/2011, Chassi Nº 9C2JC4810BR002155, Registrada em nome de Francineide Vitorino.

O referido é verdade, Dou fé. Termo de Responsabilidade: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal, referente ao Registro da Ocorrência supra que deu origem a presente Certidão (Artigo 299, do C.P.B. - Falsidade Ideológica - Pena: Reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos).

Notificante: Francilberto Vitorino

Assinatura
155.680-1

DELEGACIA DE POLÍCIA
CIVIL
Princesa Isabel-PB

Rua Cel. José Pereira Lima, SN, Alto do Cascavel, Princesa Isabel - PB.
Fone/fax: (0XX83) 3457 2381.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 044.310.954-03 4 - Nome completo da vítima: FRANCILBERTO VITORINO

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

5 - Nome completo: FRANCILBERTO VITORINO 6 - CPF: 044.310.954-03
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA - HERMES MATA 9 - Número: 52 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MATA 12 - Cidade: P. ISABEL 13 - Estado: PB 14 - CEP: 55.755.000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 999-32.44-13

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO BRASIL

AGÊNCIA: 0867 2 CONTA: 24-273 X (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: P. ISABEL - PB, 26-11-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

01 V002/2019

27/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 11:53:06
COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CREDITADO:

CLIENTE: FRANCILBERTO VITÓRIO

AGÊNCIA: 067-2 CONTA : 24.273-X

DATA :

NR. DOCUMENTO

27/11/2019

VALOR DINHEIRO

086773985115306

VALOR TOTAL

2300

QUANTIDADE DE CÉDULAS PROCESSADAS

2300

NR. AUTENTICAÇÃO

1

A.588.518.816.059.07A

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 044.310.954-03 4 - Nome completo da vítima: FRANCILBERTO VITORINO

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

5 - Nome completo: FRANCILBERTO VITORINO 6 - CPF: 044.310.954-03
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA - HERMES MATA 9 - Número: 52 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: MATA 12 - Cidade: P. ISABEL 13 - Estado: PB 14 - CEP: 55.755-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 1931 999-32.44-13

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO BRASIL

AGÊNCIA: 0867 2 CONTA: 24-273 X

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vários)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura legível da vítima ou seu representante legal

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: P. ISABEL - PB, 26-11-2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

01 V002/2019

27/11/2019 - BANCO DO BRASIL - 11:53:06
COMPROVANTE DE DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE
EM DINHEIRO

CREDITADO:

CLIENTE: FRANCILBERTO VITÓRIO

AGENCIA: 067-2 CONTA : 24.273-X

DATA :

NR. DOCUMENTO

27/11/2019

VALOR DINHEIRO

08677398515306

VALOR TOTAL

2300

QUANTIDADE DE CÉDULAS PROCESSADAS

2300

1

NR. AUTENTICAÇÃO

A.588.518.816.059.C7A

Leia no verso como conservar este documento,

entre outras informações.





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JOSÉ PEREIRA LIMA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, a ficha original do (a) paciente, **FRANCILBERTO VITORINO** portador (a) do RG **548072061 SSP-SP**, encontra-se em nossos arquivos neste Hospital Regional de Princesa Isabel.

Ficha de atendimento Ambulatorial referente ao mês **AGOSTO/2019.**

Princesa Isabel-PB, 20 de setembro de 2019.



Autentico a presente copia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.

Princesa Isabel-PS 07/10/2019 14:32:57

Emilia Árica Alves Frasco - Tabela Interina

Emilia ERICA RIVES FERRÃO - 1406118 INCL 100
[2019-0042967] ENOL:R\$ 2,48 FAKPEN:R\$ 0,29 REPJ:R\$ 0,30

SELD DIGITAL: AJGG6688-ZKD7

SELO DIGITAL: ABB00000-ZR0V
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

Cartório 2º Ofício
de Notas e Registro
Emília Enca Alves Frazão
Tabelião Interina

SANDRO FERREIRA DA LUZ
Diretor Geral
Mat.019.035

Ernesto Manguiera de Souza
Diretor Administrativo
Mat. 1020

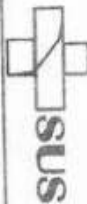
Rua Pedro Sobreira Duarte, s/n, Centro, CEP. 58755-000, Princesa Isabel-PB- CNPJ: 08.658.968/0001-08
Fone: (83) 3457-2419 - Email: contato@princesaisabel.pb.gov.br - Instagram: @prefeituradepincesa



<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314561434200000044718105>

Número do documento: 21081314561434200000044718105

Num. 47084562 - Pág. 11



ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE
UNAS ON LINE

VEIO NO SAMU

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO - UPS

NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PRINCESA ISABEL CNES: 2321637

CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 2612309 CPE/CNPJ: 08.778.266/0039-33

ENDEREÇO: AV. ALAMEDA DAS ACACIAS, 1444 - ALTO DO CASCAVEL - CEP: 58.755-000

MUNICÍPIO: PRINCESA ISABEL ESTADO: PARAIBA UF: PB

PACIENTE

NOME: FRANCIELLE TAVARES

SEXO: FEM DATA NASCIMENTO: 16/02/1982 IDADE: 37

DOCUMENTO: PROFISSÃO: JACULADOR

ENDEREÇO: R. HENRIQUE LUIZ BAIRRO: JACULADOR

MUNICÍPIO: JACULADOR UF: PB COD IBSG MUN: 2512309

CEP: 58159-000

CNS: 306106509878019 DATA ATENDIMENTO: 25/08/19

RACIA / COR

1 - BRANCA 2 - PRETA 3 - PARDAS

4 - AMARELA 5 - INDIGENA 99 - SEM INFORMAÇÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (CLÍNICO)

Paciente vítima de queda de rede, referiu dor na perna esquerda, nódulo nódulo, nódulo, nódulo.

A. Voz clara, voz, voz, voz.

B. Nódulo na RA

C. Hemiímico do lado esquerdo, em movimento ativo, abdômen indolente, nódulo na axila.

D. 12, 2, 15.

E. dor a palpitação de tórax esquerda.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)

Exame de Racião e Perda de Audição.

RESULTADOS:

Exame de Audição com níveis de audição de 15 dB.

CRM 284724 Médico

CARATER DO ATENDIMENTO

01 - ELETIVO. 02 - URGÊNCIA. 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA. 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO. 05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO. 06 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS.

06/00

PROCEDIMENTO - descrição:

Sujeito encaminhado para avaliação de ortodontia.

DIAGNÓSTICO:

Relatando?

CID-10

MEDICAÇÃO:

1 - PRESCRITA

2 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

1 - OBSERVAÇÃO

2 - INTERNAÇÃO

3 - OUTRO HOSPITAL

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIME

1 - 0130110161012121

2 - 0130110161012121

3 - 0130110161012121

ASS. DO(S) PROFISSIONAL(ES) ASSISTENTE(S) - CBO

CNS

CRM 284724 Médico

CBO

ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - Carimbo

ASS. DO REVISOR ADMIN

EMÍLIA ÉRICA

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade. Princesa Isabel-PB 07/10/2019 14:48:33 Emília Érica Alves Frasco - Tabela Interina [2019-004214] ENCL:R\$ 2,40 FAFEN:R\$ 0,29 FENJ:R\$ 0,50 AUT086604-0000 Autenticidade em https://seindigital.tpb.jus.



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:	27/12/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	2.531,25
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCILBERTO VITORINO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00867-2

CONTA: 000000024273-X

Nr. da Autenticação 0A1E9B4109899B99



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Francilberto Xitorino,
RG nº 54.807.206-1, data de expedição 18/10/2010
Órgão SSP/SP, CPF nº 044310954103
venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço
em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Hermes Maia</u>
Número	<u>303</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>Maia</u>
Cidade	<u>Princesa Isabel</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58755-000</u>
Tel. de contato	<u>(83) 999387328</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: P. ISABEL - 26.11.2019

X Francilberto Xitorino
Assinatura do Declarante

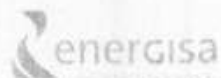


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento emitido em 13/11/2019

Documento emitido a pedido do cliente

Boleto para pagamento emitido em 13/11/2019 às 14:56:15 Nº 234 042 211



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
R- 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 06.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA MARCIONILA VITORINO
RUA HERMES MAIA 101
PRINCESA ISABEL

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/265902-7

REFERÊNCIA

NOV/2019

APRESENTAÇÃO

12/11/2019

CONSUMO

114

VENCIMENTO

06/12/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 113,27

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 13/11/2019				
Pagador: MARIA MARCIONILA VITORINO CNPJ/CPF: 394.845.484-15				
RUA HERMES MAIA 101 - MAIA - PRINCESA ISABEL / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Numero	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120008501093	000265902201911	06/12/2019	R\$ 113,27	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25. S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:56:15

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314561434200000044718105>

Número do documento: 21081314561434200000044718105

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, RÔMULO DE SOUSA FERRAZ,

RG nº 15.6825 8, data de expedição 18/06/1990, Órgão SSP - PB,

CPF nº 839-806-284-34, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA: RAFAEL ROSAS
Número	SN
Apto / Complemento	CASA
Bairro	CENTRO
Cidade	PRINCESA ISABEL
Estado	PARAIBA
CEP	58.755-000
Telefone de Contato	(83) 999 324413
E-mail	-

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: PO. ISABEL - PB, 26-11-2019

Assinatura do Declarante: Rômulo de Sousa Ferraz

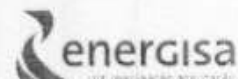


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é garantia de conta

Boleto para sempre pagamento da conta tipo 400000 de energia elétrica Nº 025.946.008



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.915.823-4

DADOS DO CLIENTE

ROMULO DE SOUSA FERRAZ
RUA RAFAEL ROSAS S/N
PRINCESA ISABEL

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/29847-1

REFERÊNCIA

JUN/2019

APRESENTAÇÃO

05/06/2019

CONSUMO

74

VENCIMENTO

06/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 40,25

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 09/07/2019				
Pagador: ROMULO DE SOUSA FERRAZ CNPJ/CPF: 839.806.284-34				
RUA RAFAEL ROSAS S/N - MAIA - PRINCESA ISABEL / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120002330616	000029847201906	06/07/2019	R\$ 40,25	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo.

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme 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 nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

ROMULO DE SOUSA FERRAZ

inscrito (a) no CPF/CNPJ

839.806.284-34

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FRANCILBERTO VITORINO

inscrito (a) no CPF sob o Nº 044.310.954-03

do sinistro de DPVAT cobertura

INVALIDEZ

da Vítima

FRANCILBERTO VITORINO

inscrito (a) no CPF sob o Nº

044.310.954-03

, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

RECUSOU-SE

Renda:

RECUSOU-SE

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:

RUA: RAFAEL ROSAS

Número:

5N

Complemento:

CASA

Bairro:

MATA

Cidade:

P. ISABEL

Estado:

PB

CEP:

58.755-000

E-mail:

11

Tel.(DDD):

Local e Data:

P. ISABEL - PB, 26-11-2019

Assinatura do Declarante

Romulo de Sousa Ferraz

DLDR.L001 V001/2017



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, Francineide Vitorino
RG nº 195788-2, data de expedição 21/02/2014
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 037.541.284-00
com domicílio na cidade de Princesa Isabel no Estado de
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Senador Domício Barbosa de Almeida nº 83
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Francielberto Vitorino, cujo o condutor era
Francielberto Vitorino
Veículo: motoneta Modelo: HONDA/BIZ 125KS Ano: 2011
Placa: NRR 6151/PB Chassi: 9C2JCA810BR002155
Data do Acidente: 25/08/2019

Local e Data: Princesa Isabel 31/10/2019
Francineide Vitorino
Assinatura do Declarante

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

EMÍLIA ÉRICA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

2º TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
Emília Érica Alves Frazão - Tabelão Interina

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(s) de

FRANCINEIDE VITORINO

Em test. da verdade, Princesa Isabel-PB 31/10/2019 15:24h

Isabel Keline Frazão da Silva - Escrevente

[2019-006539] EMOL:R\$ 49,91 FARPEN:R\$ 0,29 FEPJ:R\$ 1,98

SELO DIGITAL: A3155586-INTL7

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus>

Cartório 2º Ofício
de Notas e Registro
Emília Érica Alves Frazão
Tabelão Interina



FICHA DE INTERNAÇÃO

INTERNAÇÃO	61391	PRONTUÁRIO	32899
DATA	26/08/2019	HORA	17:24
OCORRÊNCIA	URGÊNCIA	OPERADOR	OLVES
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	PRINCESA-ISABEL HOSPITAL REGIONAL DE PRI		
MÉDICO	DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO		
MOTIVO	DOR NA PERNA		
PACIENTE	FRANCILBERTO VITORINO	IDADE	37a 6m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	MARIA MARCIONILA VITORINO		
FILIAÇÃO II	GERALDO VITORINO		
CIDADE	PRINCESA ISABEL PB	58755000	
ENDEREÇO	RUA HERMES MAIA 101		
BAIRRO	MAIA		
NATURALIDADE	PRINCESA ISABEL	CELULAR	8399727074
TELEFONE			
C.N.S.	786786509878019	IDENTIDADE	54807280
C.P.F.	044.310.954-03	REG. NAC.	
NASCIMENTO	19/02/1982	COR	PARDO
EST.CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	AGRICULTOR

RESPONSÁVEL FRANCILBERTO VITORINO Ass. Resp./Paciente *Francilberto Vitorino*

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários):

*St. nítida de ruptura do mto (sic) lateral
Trans. au. qualif. (L) -*

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos):

Dor + edema.

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais) *Raio X.*

DIAGNOSTICO *Furto Transcrotal* CID _____

DADOS DA SAÍDA

Data *31/08/19* Hora *9* H *30* Min

MOTIVO

() Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM



Nome do Paciente:		Nº Prontuário:	
Francisbano Vitorino			
Data da Cirurgia:	Enf.:	Leito:	
9/08/15			
Cirurgião:	1º Auxiliar:		
Deuaneilson	J. F. S. M.		
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:	Instrumentador:	
Anestesia:	Tipo de Anestesia:		
Dr. S. L.	Rogui		
Diagnóstico Pré-Operatório: fratura do colo fem.			
Tipo de Cirurgia: fixo cirurgico			
Diagnóstico Pós-Operatório: Oussu			
Relatório Imediato do Patologista:			
Exame Radiológico no ato:			
Acidente Durante a Cirurgia:			

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- 1) Fato em OOH sob anestesia
- 2) Fato de acesso e antissepsia
- 3) Fato de redução e fixação do fêmur + placa + parafusos
- 4) Fato de Sutura
- 5) Fato de Curativo

RELATÓRIO DE CIRURGIA



ortopedia e traumatologia

Materials Medico Hospitalar EIRELJ

5535

PEDIDO DE VENDAS

Nº

☐ **Carry-Forward**☐ Calica Fixa

1550

NF N°

15 JULY 2004

Frontal view

Franchino

Vendedor

Vendedor	
----------	--

Page 4 of 10

Agente

☐ DraftsDate 2/15/93

Abstract

Instrumentador

instrumental/

Convênio

Convênio	
----------	--

Drop-in clinics

[illegible][illegible]

COND. DE PAGAMENTO

TOTAL

Rua José Isidoro da Silva, 24 - Bairro Timbi - Camaragibo/PE - CEP 54765-135

FONE: (81) 3129-2456

E-mail: cromas@da2.gmail.com

CNPJ 14.784.339/0001-30 - Insc Estadual 0574749-07

1ª Via: Avenida - Faturamento; 2ª Via: Amarela - Hospital; 3ª Via: Rosa - Comércio



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:56:15

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314561434200000044718105>

Número do documento: 21081314561434200000044718105

Num. 47084562 - Pág. 23

FOLHA DE ANESTESIA

Hospital: PRP Enfermaria: _____

Leito: _____ Nº Prontuário: _____ Data: _____

Nome: Francisco Vitorino

Sexo: masculino Idade: 32 Peso: _____ kg Altura: _____ cm Cor: P

Data Nascimento: _____ Pressão Arterial: 130/80 Pulso: 70 Respiração: _____

Temperatura: 36 Tipo Sanguíneo: _____ Hemáticas: _____ Hemoglobina: _____

Hemácrito: _____ Glicemia: _____ Ureia: _____ Outros: _____

Antecedentes: Enfermidade

Aparelho Respiratório: Não Asma: _____ Brônquite: _____

Aparelho Circulatório: Não Eletrocardiograma: FS

Aparelho Digestivo: Não Dentes: _____ Pálpebras: _____ Ap. Urinário: _____

Estado Mental: Não Ataxia: _____ Corticoides: _____ Alergia: _____ Hipotensão: _____

Diagnóstico Pré-Operatório: Fr. 1º grau Estado Físico: 1 Tóxico: _____

Anestesia Anteriores: _____

Medicação Pré-Anestésica: _____ Aplicada às: _____ Efeito: _____

Indução: _____

Saturação: _____ Laringo Espasmo: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____

Outros: _____

Manutenção: _____

Anestesia Sabida: Sim _____ Não _____

Não porque: _____

Despertar: _____

Reflexos na SO: _____

Obstr. CO2: _____ Exct.: _____

Náuseas: _____ Vômitos: _____

Outros: _____

Com cânula para o peito: Sim _____ Não _____

Posição: 2º

Agentes: Nitrogênio, oxigênio, gás

Técnica: Intubação

Cirurgião: Wagner

Operação: Int. cir. fr. 1º grau

Anestesista: _____

Assinatura



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 61391

DATA 26/08/2019

HORA 17:24

MÉDICO

DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO

PRONTUÁRIO 32899

OPERADOR OALVES

PACIENTE

FRANCILBERTO VITORINO

IDADE 37a 6m

RESUMO CLÍNICO:

Leve melhora clínica após 24h de internação. Sem sinais de infecção. Evolução satisfatória.

AGNÓSTICO:

Leve melhora clínica após 24h de internação.

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

1.000 mg de ampicilina

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Estabilidade clínica.

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

- Continuar com a medicação prescrita.
- Retornar ao ambulatório em 7 dias para avaliação.

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (☒) Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB, 26 DE AGO DE 2019

MÉDICO/CRM



Hospital Regional de Patos - RX

000000437818

90 %

EL_s-53



Tibia/Fibula E, Lateral

26/Ago/2019 16:00:06

000000026558

FRANCILBERTO VITORINO, *19/Fev/1982



Hospital Regional de Patos - RX

000000437816

65 %

EI_s:1043

000000437816

65 %

EI_s:899



Tibia/Fibula E, AP

26/Ago/2019 16:01:00

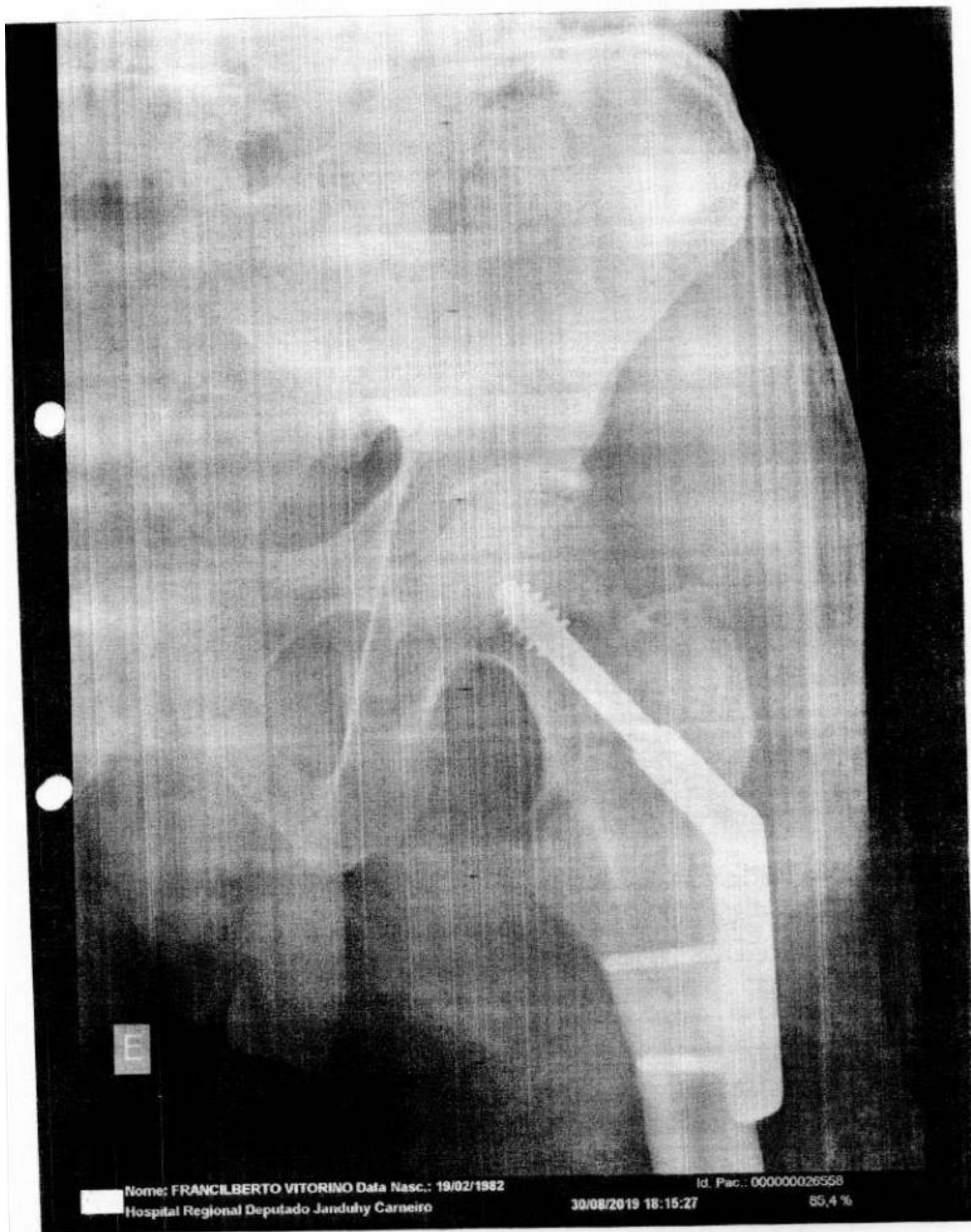
Tibia/Fibula E, AP

26/Ago/2019 16:01:16

000000026558

FRANCILBERTO VITORINO, *19/Fev/1982





Nome: FRANCILBERTO VITORINO Data Nasc.: 19/02/1982
Hospital Regional Deputado Janduí Carneiro

Id. Pac.: 000000026558

30/08/2019 18:15:27

55,4 %



REQUISIÇÃO DE PARECER

Nome: Franalberto Viana

Da Clínica: Clínica Cirúrgica
A Clínica: Santa Helena

Enfermagem: 16
Leito: 06

Motivo da consulta (descrever os dados sobre os quais deseja opinião e numerar as principais anamneses do enfermo):
Doença linfomática.

Data: 26.08.2019

PARECER:

Paciente Sem sinais Cardiológicos Novo
Comentários ou alterações musculares.

Pa = 120 x 80 mmHg

ECG = Ritmo Sinusal Fc = 90 Bpm
Ex Transitoles Ventriculares e Cruzados

Risco Cirúrgico = Baixo Risco

27.08.19

0684-1880
KIMIELA DE FIANÇA





Responsável Técnica:
Dra. Rafaela Carvalho Batista - CRBM 5592

R. Peregrino Filho, nº 23, Picos - PB
Fone: (51) 3147-1062 - labquimaraes@hotmail.com
www.labnet.com.br/quimaraes

Paciente: FRANCILBERTO VITORINO
Médico: Dr. SESIOM WANDERLEY

Protocolo:

Colata: Hospital Regional de Picos

Sexo: M
Idade: 37 anos
Convênio: HRP

Data: 27/08/2019

Emissão: 27/08/2019

COAGULOGRAMA

Material: Plasma citratado

Valores de Referência

TEMPO DE PROTROMBINA (TAP) 12,5 segundos
ATIVIDADE DE PROTROMBINA 100%
Relação internacional normalizada - RNI 1,00
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL 27 segundos
ATIVADA
Obs:

12 a 15 segundos
70 a 100 %
1,00 a 1,30
24 a 39 segundos

Dra. Rafaela
Carvalho Batista
Biotécnica

Todo teste laboratorial deve ser correlacionado com o quadro clínico do paciente, sem o qual a interpretação do resultado é apenas relativa



PACIENTE: FRANCILBERTO VITORINO
Nº REQUISIÇÃO: 17549EMISSÃO: 27/05/2019
SEXO: M IDADE: 37

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE

Método: AUTOMATIZADO

Unidade: g/dl

VALOR DE REFERÊNCIA

ERITOGRAMA

HEMATÓCITOS	4.36	milhões/mm³	FEMININO	4 a 5,2 milhões/mm³
			MASCULINO	4,5 a 5,9 milhões/mm³
HEMATOCRITA	13.5	%	FEMININO	12 a 14
			MASCULINO	13,5 a 15,5
HEMATÓCRITO	43.7	%	FEMININO	35 a 44
			MASCULINO	41 a 48
VPM	100,2	fL	NORMAL	80 a 100
RDW	31,0	pg	NORMAL	24 a 34
RDW	30,9	g/dl	NORMAL	31 a 35
RDW	13,6	%	NORMAL	11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS	4.300	/mm³	NORMAL	4.000 a 10.000
NEÚTRÓFILOS	000	%	NORMAL	0 a 0
LINFÓCITOS	000	%	NORMAL	0 a 0
MONÓCITOS	000	%	NORMAL	0 a 0
BASTONETES	03	%	NORMAL	0 a 5
SEGMENTADOS	66	%	NORMAL	50 a 65
EOSINÓFILOS	03	%	NORMAL	1 a 4
BASÓFILOS	000	%	NORMAL	0 a 1
LINFÓCITOS	19	%	NORMAL	20 a 40
MONÓCITOS	09	%	NORMAL	2 a 8

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS	188.000	/mm³	NORMAL	150.000 a 400.000
-----------------------	---------	------	--------	-------------------

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....
SÉRIE BRANCA.....
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....

OUTRAS OBSERVAÇÕES

LUCAS DOS SANTOS LIMA
COORDENADOR DE LABORATÓRIO

LABORATÓRIO DE ANÁLISES
JANDYRY CARNEIRO

END: GOVERNO
3 LÍNE DA PARADA

PARCELA DE
12.000 DA VALIA

SUS 00000000

FACTOR: 32498 NITROGENIO: 17148

PACIENTE: FRANCINESTINA MICHAEL

AMIGALGAM: 2.000.000

SEXO: M IDADE: 78 ANOS

GLICOSE

Material: SORO

Método: AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS

FACTOR: 32498
NITROGENIO: 17148
AMIGALGAM: 2.000.000
SEXO: M IDADE: 78 ANOS

RESULTADO: 69

mg/dL

RECIBO DE
ANÁLISES
LABORATÓRIO DE ANÁLISES
JANDYRY CARNEIRO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 8000-2

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

PROIBIDO PLASTIFICAR

FRANCILBERTO VITORINO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

54.807.206-1 18/OUT/2010

FRANCILBERTO VITORINO

GERALDO VITORINO

E MARIA MARCIONILA VITORINO

PRINCESA ISABEL -PB 19/FEV/1982

PRINCESA ISABEL-PB

PRINCESA ISABEL

CN:LV.A12 /FLS.161V/N.010751

044310954/03

10 Delegado - Divisão de

ASSISTENTE DE SERVIÇOS DE POLÍCIA DEPARTAMENTO

LEI Nº 7.112 DE 2008/93

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR

FRANCILBERTO VITORINO

DATA DE NASCIMENTO 19/02/1982

APRESENTAÇÃO 0271 8337 1287

ZONA 034

SEÇÃO 0056

MUNICÍPIO/RP PRINCESA ISABEL/PB

DATA DE EMISSÃO 21/07/2017

JUIZ ELEITORAL

10 Delegado - Divisão de

ASSISTENTE DE SERVIÇOS DE POLÍCIA DEPARTAMENTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

FRANCILBERTO VITORINO

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

SUS

Cartão Nacional de Saúde

Sistema Único de Saúde

FRANCILBERTO VITORINO

Data Nasc.: 19/02/1982 Sexo: M

706 7065 0987 8019

SUS



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011348398315
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: CDD. RENAVAM **PRT-20141600000655-9** início
1 0047619083-5 00/00000000 2014

NOME
FRANCINEIDE VITORINO

CPF / CNPJ: **03754128400** PLACA: **NPR6151/PB**

PLACA ANT. FUR: **NOVO** CHASSI: **PB 9C2JC4810BR002155**

ESPECIE TIPO: **PAS/MOTONETA/NAO APLIC** COMBUSTIVEL: **ALCO/GASOL**

MARCA / MODELO: **HONDA/BIZ 125 KS** ANO FAB.: **2011** ANO MOD.: **2011**

CAP. / POT. / CL.: **2 P/124 /CI** CATEGORIA: **PARTIC** COR PREDOMINANTE: **VERDE**

COTA ÚNICA: **IPVA PAGO EM 21/02/2014** VENC. COTA ÚNICA: **21/02/2014**

PARCELAMENTO / COTAS: **0**

PREMIO TARIFARIO (R\$): ********* CUSTO DO SEGURO (R\$): *********

PREMIO DO BILHETE (R\$): ********* CUSTO DO BILHETE (R\$): *********

DATA DE PAGAMENTO: **21/02/2014**

OBSERVAÇÕES:
SEM RESERVA DE DOMÍNIO
DOCUMENTO DE POSSE DELEGATÓRIO
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

PRINCESA ISABEL-PB DATA: **21/02/2014**

34274 **39331**

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011348398315 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: **2014** DATA EMISSÃO: **21/02/2014**

VIA: **1** CPF / CNPJ: **03754128400** PLACA: **NPR6151/PB**

RENAVAM: **00476190835** MARCA / MODELO: **HONDA/BIZ 125 KS**

ANO FAB.: **2011** CAT. TARIF.: **9** Nº CHASSI: **9C2JC4810BR002155**

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): ********* DENATRAN (R\$): ********* CUSTO DO SEGURO (R\$): *********

CUSTO DO BILHETE (R\$): ********* COTA ÚNICA: **SEGURO** COTA ÚNICA PAGO: **PAGO**

DATA DE PAGAMENTO: **21/02/2014**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.348.609/0001-04
www.seguradoralider.com.br
39331-1032403-20140221



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681573 **Cidade:** Princesa Isabel **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCILBERTO VITORINO **Data do acidente:** 25/08/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE FEMUR PROXIMAL ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFICIT DE MOBILIDADE DO QUADRIL ESQUERDO E LIMITAÇÃO DE FLEXÃO E ROTAÇÃO

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DE MARCHA
CLAUDICAÇÃO, LIMITAÇÃO DE FLEXÃO DO QUADRIL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO QUADRIL ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 20/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 quadril	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25



PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: FRANCILBERTO VITORINO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 54.807.206-1 - SP - SP
CPF: 044.310.954-03
Profissão: AGRICULTOR
Endereço: RUA: HERMES MATA, SN, MATA, P. ISABEL - PB
CEP: 58.755-000
Telefone: 83 - 999-32-44-13

OUTORGADO:

Nome: RÔMULO DE SOUZA FERRAZ
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: DIVORCIADO
Identidade: 15.682.58-99 - PB
CPF: 839.806.284-34
Profissão: COMERCIANTE
Endereço: RUA: RAFAEL ROSAS, SN, MATA, P. ISABEL - PB
CEP: 58.755-000
Telefone: 83 - 999-32-44-13

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: FRANCILBERTO VITORINO



Princesa Isabel 28/10/2019

Local e data

X Francilberto Vitorino

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

EMÍLIA ÉRICA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

7 TABELIONATO DE NOTAS E REGISTRO DE IMÓVEIS
Emília Erica Alves Frazão - Tabelião Interino
Rua: C. Manoel, Pórtico Lins, 300 - Centro - Princesa Isabel
Fone: (83) 9975-5240 (E-mail: eadigital@tpb.com.br)

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(a)s(s) de
FRANCILBERTO VITORINO
Em test. da verdade, Princesa Isabel - PB 31/10/2019 15:21:05
Isabel Maline Frazão da Silva - Escrevente
T2019-0065387ENOL:R\$ 19,91 FAPEN:R\$ 8,29 FEPJ:R\$ 1,98
SELO DIGITAL: AJ155565-MW2

(autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>)

Isabel Maline Frazão da Silva
Escrevente

Cartório 2º Ofício
de Notas e Registro
Emília Erica Alves Frazão
Tabelião Interino



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0436644/19

Vítima: FRANCILBERTO VITORINO

CPF: 044.310.954-03

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/08/2019

Titular do CPF: FRANCILBERTO VITORINO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ROMULO DE SOUSA FERRAZ : 839.806.284-34

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

FRANCILBERTO VITORINO : 044.310.954-03

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/12/2019
Nome: ROMULO DE SOUSA FERRAZ
CPF: 839.806.284-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

ROMULO DE SOUSA FERRAZ

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE PRINCESA ISABEL/PB

Processo n.º 08023524320208150311

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 **FRANCILBERTO VITORINO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, 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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, 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,

PRINCESA ISABEL, 11 de agosto 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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/08/2021 14:56:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21081314561562500000044718107>
Número do documento: 21081314561562500000044718107