



Número: **0807666-35.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **07/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA (AUTOR)		NAYANNA CAROLINE DE AMORIM (ADVOGADO) ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO) GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38534 873	19/01/2021 20:28	<a href="#">2775557_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 16 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200328784

Vítima: GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 27/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 16128933





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

Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200328784**

**Vítima: GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/03/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01061/01062 - carta\_02 - INVALIDEZ

00030531



Carta nº 16143783



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 20:28:32

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011920283233200000036744742>

Número do documento: 21011920283233200000036744742



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

**Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200328784**

**Vítima: GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/03/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA**

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 001**

**Agência: 000004020-7**

**Conta: 000010134915-7**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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: 3200328784

Nome do(a) Examinado(a): GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): R ESTUD MARIZETE DA SILVA NASCIMENTO, 124, , João Pessoa/PB

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / 4120575

Data e local do acidente: 27/03/2020 - /PB

Data e local do exame: 28/09/2020 - João Pessoa/PB

Coordenadas Geográficas: latitude: -7.09112 , longitude: -34.83801

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura luxação exposta do tornozelo direito.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Realizado tratamento cirúrgico na emergência com colocação de fixador externo que depois foi convertida em síntese interna com placa e parafusos.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 25°, presença de atrofia no segmento, marcha normal, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo direito.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Apresenta edema residual no tornozelo direito, limitação de flexão plantar e dorsal, déficit de força motora do referido tornozelo.

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 previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*)

() "Vítima em tratamento"


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



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

Tornozelo Direito - Médio - 50%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

A handwritten signature in blue ink, reading "Suelio Moreira Torres", is written over a small, partially legible stamp. The stamp appears to contain the text "Júlio Antônio T. Torres" and "Diretor de Administração".

**Seguradora LIDER**  
Administradora do Seguro DPVAT

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 704-328-574-78 3 - CPF da vítima: Gabriel Hernandine 4 - Nome completo da vítima: Gabriel Hernandine Palmeira da Silva

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

5 - Nome completo: Gabriel Hernandine Palmeira da Silva 6 - CPF: 704.328.574-78

7 - Profissão: Auditor Adm. 8 - Endereço: R. Maria Inês da S. Souza 9 - Número: 124 10 - Complemento: 2020

11 - Bairro: Mangueira 12 - Cidade: Jaboão Pardo 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58056-300

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83-9999-21-9283

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUÇANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) V51

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: AGÊNCIA: 40907 CONTA: 134.9155

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que 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(s) (verificar)? ☐ 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 - NÃO AUTORIZADO**

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: Jaboão Pardo 18-08-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 047411.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 047411.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 11:42 min do dia 16/07/2020, na Delegacia Online, **GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão Auxiliar administrativo, nascido(a) em 03/06/1999, idade 21, estado civil Solteiro (a), filho(a) de ELIANE PALMEIRA DA SILVA, CPF 704.328.574-78, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Maria Mônica Barros de Souza, nº 124, bairro Mangabeira, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58056300, telefone(s) 83999219283, registrou o seguinte:

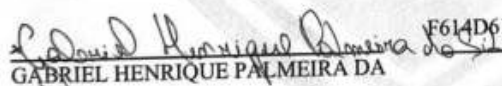
**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 27/03/2020 14:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: Rua Francisco Ribeiro Beltrão, Mangabeira, João Pessoa/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que no dia 27/03/2020 por volta das 14:30hs conduzia uma motocicleta YAMAHA/LANDER XTZ 250 2009/2009, PRETA, PLACA NQI 5510/PB, CHASSI 9C6KG021090040357, registrada em nome de AILSON SIMÕES CABRAL DA SILVA, quando transitava pela Rua Engenheiro Francisco Ribeiro Beltrão, Mangabeira, nesta Capital/PB em direção a sua residência, quando um carro que seguia a sua frente freou bruscamente e, ao tentar desviar do mesmo, acabou perdendo o controle da motocicleta e caindo ao solo. Que devido as lesões foi socorrido pelo SAMU para o COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA. Diagnosticado com FRATURA DOS OSSOS DA PERNA, realizado procedimento cirúrgico com alta hospitalar em 25/04/2020.

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

  
GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA  
F614D616A1164C5BC0FED8B8422EC38F  
Código de Controle

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).





**Seguradora LIDER**  
Administradora do Seguro DPVAT

## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 704-328-574-78 3 - CPF da vítima: Gabriel Hernandine 4 - Nome completo da vítima: Gabriel Hernandine Palmeira da Silva

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

5 - Nome completo: Gabriel Hernandine Palmeira da Silva 6 - CPF: 704.328.574-78

7 - Profissão: Auditor Adm. 8 - Endereço: R. Maria Inês 3. Souza 9 - Número: 124 10 - Complemento: 11 - Bairro: Mangueira 12 - Cidade: Jaboão Pardo 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58056-300 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83-9999-21-9283

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104) VSI

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: AGÊNCIA: 40907 CONTA: 134.9155

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

☐ Não há IML que 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(s) nascido(s)? ☐ 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 - NÃO AUTORIZADO**

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, Jaboão Pardo 18-08-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04020-7

CONTA: 000010134915-7

---

---

Nr. da Autenticação 77636C8AFE30B5CE





**CAGEPA**

**COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DA PARAÍBA**  
**AVENIDA FELICIANO CIRNE - CAGEPA - 220 - JAGUARIBE JOAO PESSOA PB 58016-570**

CNPJ: 09.123.654/0001-87 - ISNC. ESTADUAL Nº 160572029

Informações e/ou Reclamações - Ligue 115

Nº Documento: 202003897124

ESCRITÓRIO

JOAO PESSOA

MATRICULA

00089712-4

CLIENTE

ANTONIO P DA SILVA

CPE/CNPJ:

059.XXX.XXX-XX

INSCRIÇÃO

001.083.135.0350.000

ENDEREÇO DO IMÓVEL

RUA MARIA MONICA B SOUZA, 124 - MANGABEIRA JOAO PESSOA PB 58056-300

RESPONSÁVEL

ENDEREÇO PARA ENTREGA

ÁGUA

LIGADO

ÚLTIMOS CONSUMOS

02/2020 - 14-60

12/2019 - 15

10/2019 - 13

ECONOMIAS

CONS. POR ECONOMIA

COD. AUXILIAR

H 60AT53314

LEITURA

ANTERIOR

ATUAL

2019

20/02/2020

(M³)

14

DIAS

33

Nº Hm:

A05X004E

DÉBITO



ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO  
AV JOAO MACHADO, 553 / SL 127 - CENTRO  
JOAO PESSOA / PB CEP 58013-520 (AG 1)

CPF/CNPJ/RANI 058 310 264-06

Grupo CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo B3  
Classe COMMTIC B3 / Subclasse COMERCIAL  
Ligação MONOFÁSICO  
Roteiro 4 - 1 - 39 - 2760 Nº Medidor 00000747980



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)  
5/1313928-2

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00013139282



VALOR DA FATURA  
**R\$ 98,03**



VENCIMENTO  
**18/05/2020**



REFERÊNCIA  
**Mai / 2020**



CONSUMO  
**118kWh**

9,47 kWh  
MÉDIA DIÁRIA  
LEITURA  
CONFIRMADA

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

CCI	Descrição	Quant	Tarifa / Tributos	DESCRIPTIVO						
				Valor Base Calc Total (R\$)	Alíq ICMS ICMS (R\$)	ICMS Base Calc (R\$)	PIS (R\$) PISxColins (R\$)	Cofins (R\$) CofinsxColins (R\$)		
0801	Consumo em kWh	118	0,791550	93,37	93,37	25	23,34	93,37	1,01	4,66
0807	LANÇAMENTO DE SERVIÇOS			4,66	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
	CONTRIB SERV ILUM PUBLICA									





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

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

Pelo exposto, eu Guilherme Flávio de Amorim Mota inscrito (a) no CPF sob o Nº 04.197.984 / 69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Galriel Benigno Palma da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.328.574 / 78, do sinistro de DPVAT cobertura Invalida da Vítima Galriel Benigno Palma da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.328.574 / 78, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia de 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 <u>Av. João Machado</u>		Número <u>553</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58000-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular(DDD) <u>83-99921-9283</u>

João Pessoa, de 14/09 de 2020  
Local e Data

Guilherme Flávio de Amorim Mota  
Assinatura do Declarante

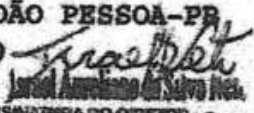
GLDRL001 V001/2017



**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

REGISTRO GERAL	2.668.291 - 2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	15/02/2011
NOME	<b>GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA</b>		
FILIAÇÃO	<b>LUIZ GONZAGA DE AMORIM MARIA DE FÁTIMA PINTO</b>		
NATURALIDADE	<b>JOAO PESSOA-PB</b>	DATA DE NASCIMENTO	<b>07/02/1985</b>
DOC ORIGEM	<b>CASAM N.18758 37 FLS.058 LIV.063</b>		
CPF	<b>CARTORIO 1º JOÃO PESSOA-PB 011.197.984-69</b>		

João Pessoa - PB

  
 ASSINATURA DO CHEFE DO DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  
 LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**

**ESTADO DA PARAÍBA**

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-236  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




  
 ASSINATURA DO TITULAR

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**





**REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTERIO DAS CIDADES**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO**  
**CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO**

**NOME**  
**GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA**

**DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF**  
**4120575 SSDS PB**

**CPF**  
**704.328.574-78**

**DATA NASCIMENTO**  
**03/06/1999**

**FILIAÇÃO**  
**ELIANE PALMEIRA DA SILVA**

**PERMISSÃO** **ACC** **CAT. HAB.**  
**AB**

**Nº REGISTRO**  
**06911343098**

**VALIDADE**  
**08/06/2022**

**1ª HABILITAÇÃO**  
**05/09/2017**

**OBSERVAÇÕES**  
**EAR;**

**ASSINATURA DO PORTADOR**  
*Gabriel Henrique P. da Silva*

**LOCAL**  
**JOAO PESSOA, PB**

**DATA EMISSÃO**  
**06/09/2018**

**ASSINATURA DO EMISSOR**  
*Suelio Moreira Torres*

**17614355654**  
**PB037511157**

**PARAÍBA**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**1660710949**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
**1660710949**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200328784 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 27/03/2020 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

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

**Data da análise:** 21/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P1,5,6,8

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





## PROCURAÇÃO

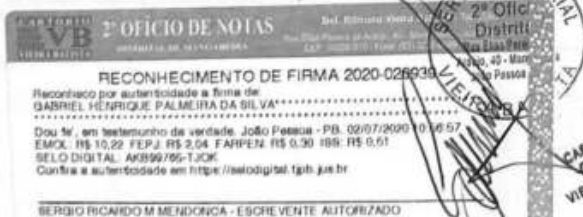
**Outorgante:** Gabriel Henrique Palmeira da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Advogado, residente e domiciliado à Rua Maria Manoela R. Souza nº 224, bairro Nanga Beira, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep. 58056-300, portador(a) do Rg nº 9.120.545, SSP/PB e CPF nº 404.328.544-48.

**Outorgado:** Guilherme Flávio de Amorim Nobrega, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Av. João Machado nº 252, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 58000-000, portador (a) do RG nº 2.668.291, SSP/ PB e CPF nº 011.131.984-69.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Gabriel Henrique Palmeira da Silva ocorrido em 27/03/2020 conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza Invalidação.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 02 de 07 de 2020.



Gabriel Henrique Palmeira da Silva  
Outorgante  
CPF Nº 404.328.544-48

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0258899/20

**Vítima:** GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA

**CPF:** 704.328.574-78

**Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

**Data do acidente:** 27/03/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

#### GABRIEL HENRIQUE PALMEIRA DA SILVA : 704.328.574-78

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/09/2020  
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA  
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/09/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

