Tribunal de Justiça da Paraíba
PJe - Processo Judicial Eletrônico

26/10/2023

Número: **0801876-52.2021.8.15.0381**

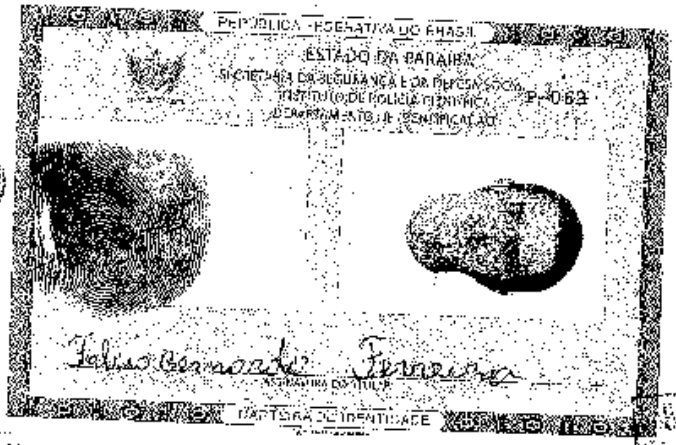
Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**
Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Itabaiana**
Última distribuição : **01/04/2021**
Valor da causa: **R$ 13.500,00**
Assuntos: **Acidente de Trânsito**
Segredo de justiça? **NÃO**
Justiça gratuita? **NÃO**
Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

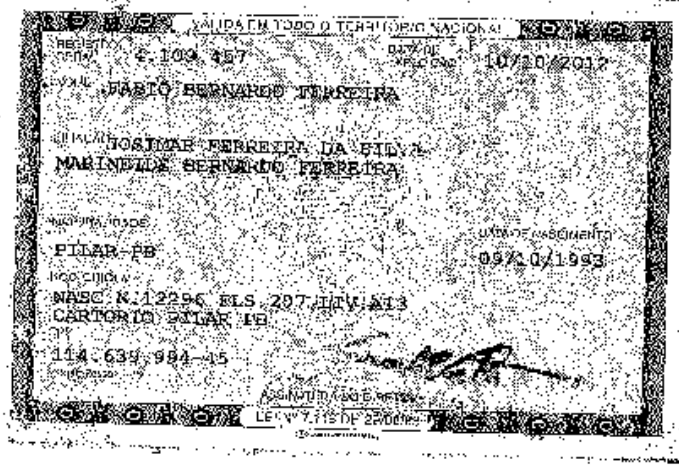
Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO (AUTOR)	**RAFAEL PONTES VITAL registrado(a) civilmente como RAFAEL PONTES VITAL (ADVOGADO)** **Gabriel Pontes Vital (ADVOGADO)**
SABEMI SEGURADORA SA (REU)	**SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)**
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	**SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)**

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
81267248	26/10/2023 11:06	Petição	Petição
81267750	26/10/2023 11:06	2824685_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
81267752	26/10/2023 11:06	2824685_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA PERCUSSÃO
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
P-063
CARTEIRA DE IDENTIDADE


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
6.109.157
10/10/2012
FABIO BERNARDO FERREIRA
JOSIMAR FERREIRA DA SILVA
MARINELIA BERNARDO FERREIRA
PILAR-PB
09/10/1993
NASC N.12296 FLS 207 LIV A13
CARTORIO PILAR PB
114.639.994-45

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE VEICULO

AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRANSITO DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEICULO, PARA:

VALOR R$

NOME DO COMPRADOR

RG

ENDEREÇO

ROGALE DATA Monteiro 04/03/2009

Nilton Bezerra da S. Filho

ASSINATURA DO PROPRIETARIO VENDEDOR

OBS: O VENDEDOR DEVERÁ ARCAR COM RESPONSABILIDADE ADMINISTRATIVA, CIVIL OU CRIMINAL, CASO NÃO TENHA TRANSFERIDO DANO ACIMA, CABENDO AO COMPRADOR A IMEDIATA TRANSFERÊNCIA DE REGISTRO DO VEICULO PARA O SEU NOME.

a) A TRANSFERÊNCIA DE REGISTRO PODERÁ SER CONSUMADA PELO VENDEDOR, BASTANDO PARA ISTO O PRESENTE DOCUMENTO DEVIDAMENTE PREENCHIDO E FIRMADO.

DE ACORDO

ASSINATURA DO COMPRADOR

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETARIO (VENDEDOR) CONFORME ART. 989 C.P.C.

Reconheço a (Firma s) e a Autenticidade de

Nilton Bezerra da Silva

dou fé.

Em test. de verdade

Riachão do Poço 07 de 12 de 2009

Oficial (escrevente)

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E TABELIONATO
Riachão do Poço - Paraíba
Agápito Ferreira Constâncio
Oficial Titular
Maria Constâncio Bezerra
Escrevente

15 FEV 1996

RECONHECIMENTO

Cartório de Registro Civil e Tabelionato
Celia Maria Nunes Gabriel de Santana
Escrivã Titular
Gilvando Gabriel de Santana Junior
Escrivão Substituto
Severina Ferreira de Oliveira
Escrevente

Reconheço a(s) Firma(s) e Letras de

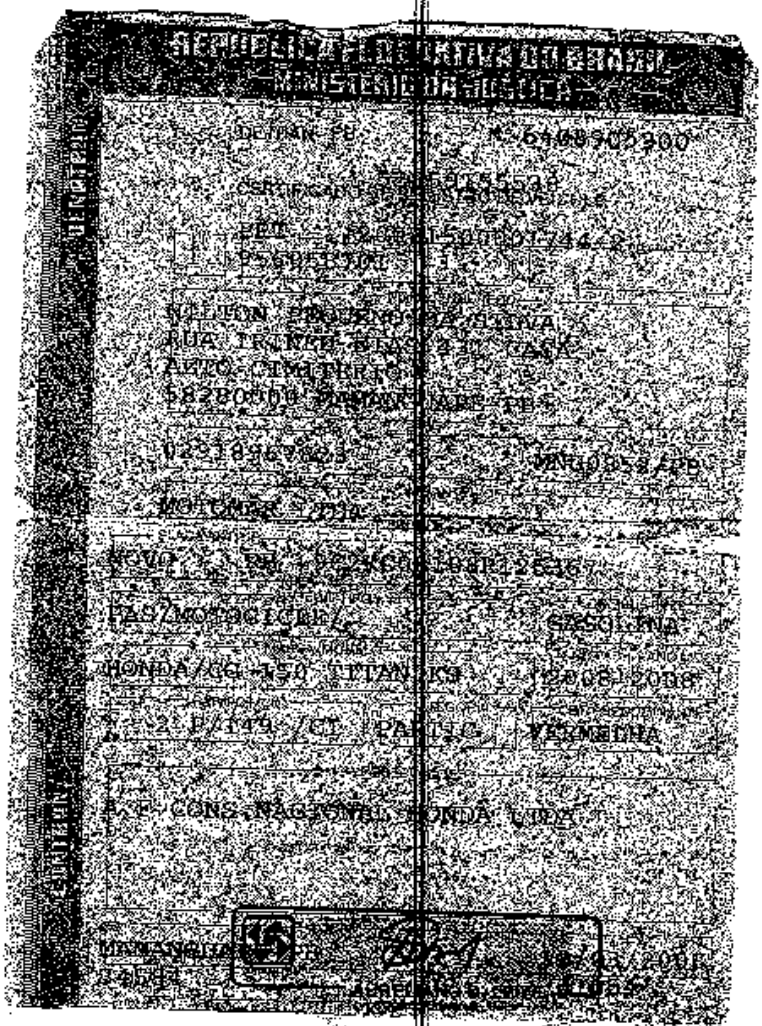
autenticidade de

dou Fé

Em test. de verdade

Sousa 15 de 03 de 2010

SELO DE CONTROLE AEU 75905 NWL



SECRETARIA DE ESTADO DA FAZENDA
MINISTÉRIO DA FAZENDA

DETRAN PB

CERTIFICADO DE REGISTRO

PLACA

NILTON PEREIRA DA SILVA
RUA TRINTA DIAS 210 CASA
AMPO CIMATERIO
58280000 PEDRAS DE FOGO PB

023189679-21

MOTONAVE /DIA

NOVO

PASS/MOTOCICLETA/ GASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN KS 12/08/2018

2 D/149 /CT PADRÃO VERMELHA

A.P. CONS.NACIONAL HONDA LTDA

1 5 SET 2018

RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, [illegible],

RG nº [illegible], data de expedição [illegible], Órgão SSP/PB,

CPF nº [illegible], 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)	SITIO [illegible]
Número	S/Nº
Apto / Complemento	
Bairro	ZONA RURAL
Cidade	PILÕES
Estado	PARAÍBA
CEP	58.358-000
Telefone de Contato	(83) 9[illegible]
E-mail	-- / --

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: [illegible]

Assinatura do Declarante: [illegible]

Vencimento ao Cliente EMERGISA 0600 083 0196

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Dez / 2017	13/12/2017	11/01/2018	792824407

UC (Unidade Consumidora): 8/1542633-1

Canais de contato

Anterior		Atual		Consumo	Consumo Faturado
Data	Leitura	Data	Leitura		

Demonstrativo

0001 Consumo mensal			
0005 Taxa de iluminação			
0007 Subsídio			
0001 CONTRIBUIÇÃO ILUMINAÇÃO			
0001 JUROS DE MORA			
0005 MULTA			
0001 CONTRIBUIÇÃO ILUMINAÇÃO			

Débito automático neste mês	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	20/12/2017	R$ 80,50

Número do Código de Barras

fbe3.719f 8393.204f.2bba.e768.4ef2 e01a

Indicadores do Faturamento

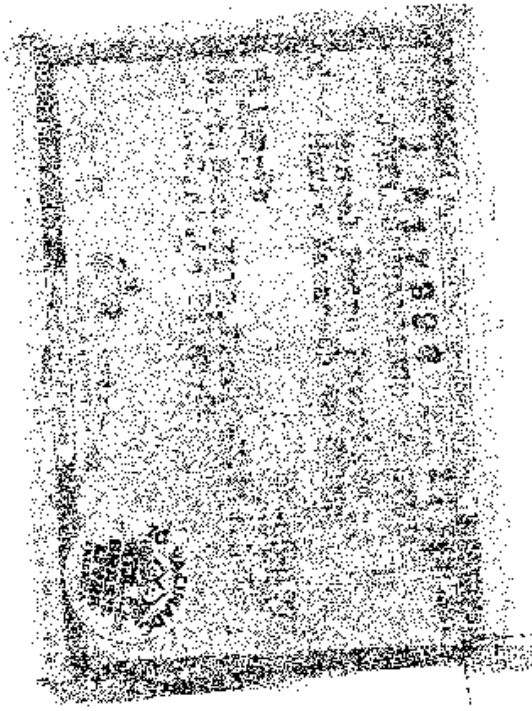
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Revisão (V)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

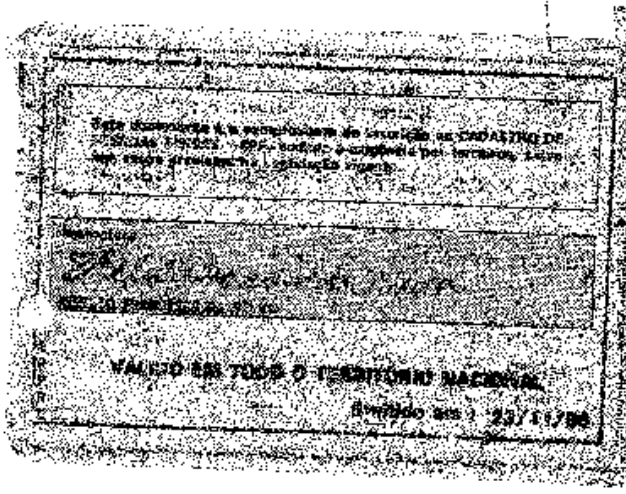
Discriminação	Valor (R$)	%
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
Total	[illegible]	[illegible]

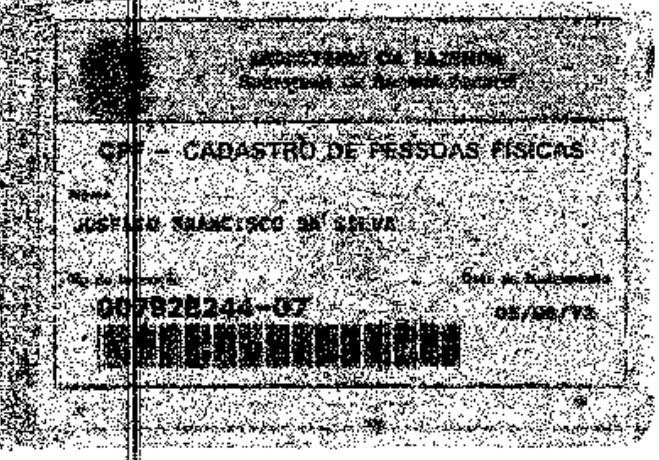
ATENÇÃO

Faturas em atraso

Nov/17	28,12




VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL


CPF – CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS
JOSELIO FRANCISCO DA SILVA
00792B244-07
05/06/73

SEVERINA DE SOUZA MENDES

Atendimen

Conta re 5/1532405-5

Set /

Apres

28/0

Data previ
próxima leitura

28/10/2015

CPF/ CNPJ/ RANI

Cálculo de consumo

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
28/08/15	[illegible]	[illegible]	[illegible]	1	[illegible]	39

Faturas em atraso

FATURAS EMITIDAS APÓS O VENCIMENTO NÃO PAGAS OBRIGADO

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R$)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Adic. 3 Vermelha	[illegible]	[illegible]	6,83
[illegible]			3,12
IMPOSTOS E ENCARGOS			
PIS			0,42
COFINS			1,95
CONTRIBUIÇÃO ILUMINAÇÃO			8,90
JUROS ACUMULADO 08/2015			0,21
MULTA 08/2015			0,10
[illegible]			[illegible]

Histórico de Consumo (kWh)

Ago/15	22
Jul/15	20
Jun/15	22
Mai/15	16
Abr/15	39
Mar/15	18
Fev/15	38
Jan/15	37
Dez/14	29
Nov/14	21
Out/14	34
Set/14	37

Média dos últimos meses 27kWh

VENCIMENTO 05/10/2015

TOTAL A PAGAR R$ 61,97

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	[illegible]	[illegible]
DIC TRIMESTRAL	[illegible]	
DIC ANUAL	[illegible]	
FIC MENSAL	[illegible]	[illegible]
FIC TRIMESTRAL	[illegible]	
FIC ANUAL	[illegible]	
DMIC	[illegible]	[illegible]
DICRI	[illegible]	

Limite de Tensão (V)

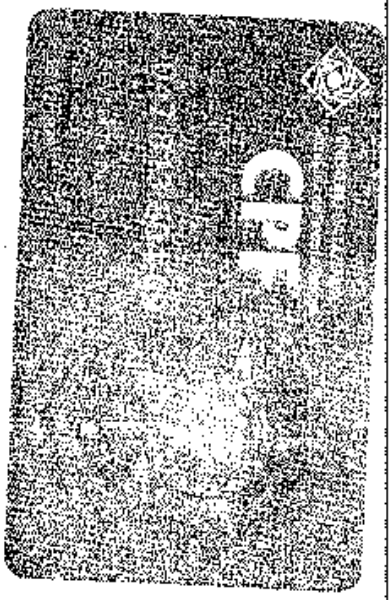
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]

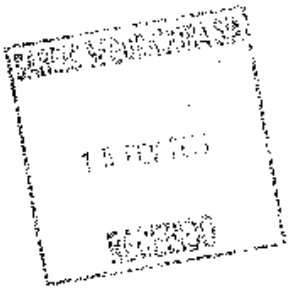
Discriminação	Valor (R$)	%
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
Total	61,97	100,00

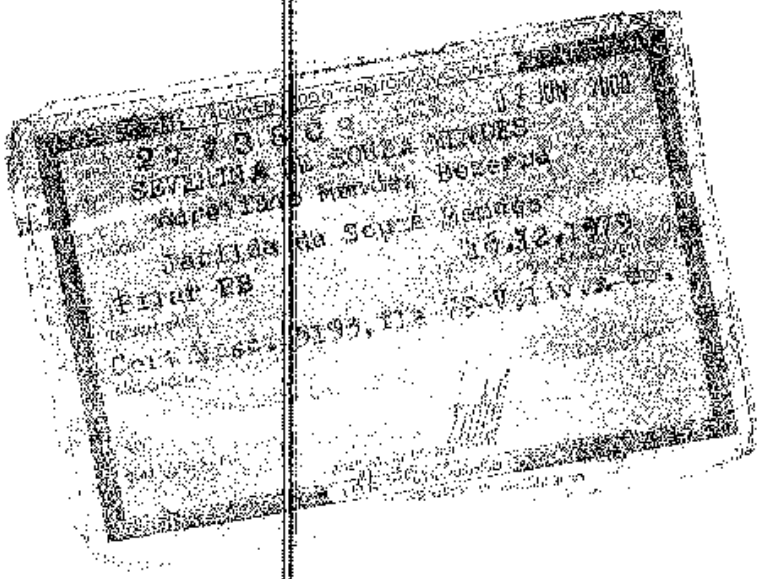
ATENÇÃO

- Sua energia foi faturada [illegible]
- Reajuste Tarifário [illegible]
- Reajuste Tarifário [illegible]
- Leitura confirmada

RECEBIDO
15 FEV 2013







PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Severina de Souza Mendes, brasileiro(a), estado civil: solteira Profissão: agricultora, portador(a) do RG 2773808, órgão expedidor SSP/PB e do CPF: 047.813.804-08, residente no(a) Rua Professor Antenor Chagas Monteiro nº S/N; bairro: Centro, município: Pilar / PB.

OUTORGADO:

Nome: Fábio Bernardo Ferreira, brasileiro(a) estado civil: solteiro Profissão: vendedor, portador(a) do RG 4.400.457, órgão expedidor SSP/PB e do CPF: 114.639.994-45, residente no(a) Rua Professor Antenor Chagas Monteiro nº S/N; bairro: Centro, município: Pilar / PB.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Pilar - PB, 27 de outubro de 2017.
Local e Data

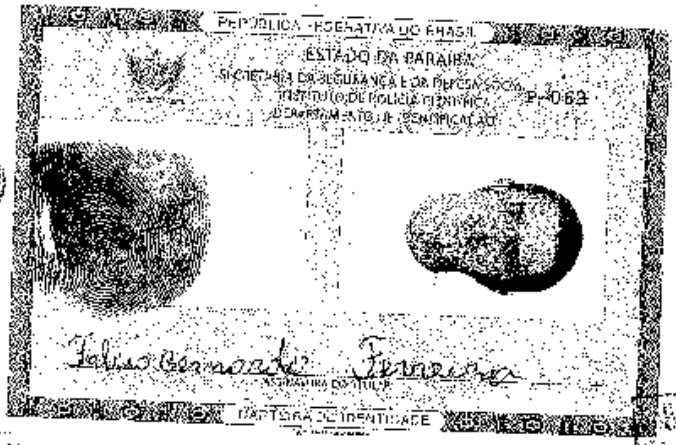
Fábio Bernardo Ferreira
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

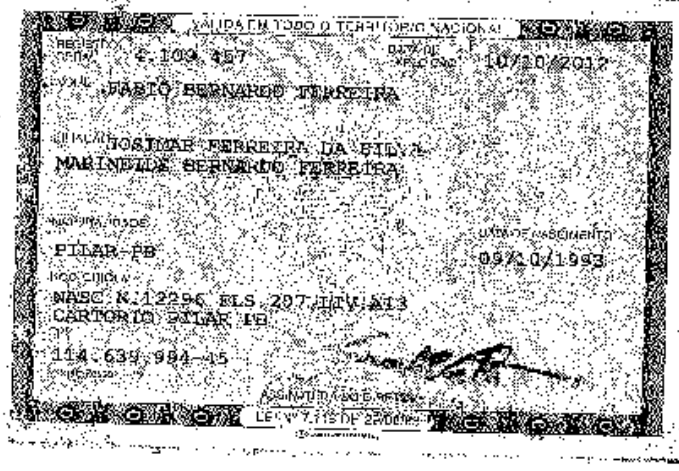
15 FEV 2018
RECEBIDO

SELO DIGITAL:
Consulte em - http: www.tjpb.jus.br
AFW01376 - IOWJ

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DO UNICO OFICIO
OFÍCIO - COMARCA DE PILAR - PB
Reconheço a firma de
por autenticidade. Dou fé. Em test
Pilar
TABELIÃO

Serviço Notarial e Registral do Único Ofício
Cartório Oficial de Registro de Imóveis
Comarca de Pilar - PB


REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SEGURANÇA E DA PERCUSSÃO
INSTITUTO DE POLÍCIA TÉCNICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
P-063
CARTEIRA DE IDENTIDADE


VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
6.109.157
10/10/2012
FABIO BERNARDO FERREIRA
JOSIMAR FERREIRA DA SILVA
MARINELIA BERNARDO FERREIRA
PILAR-PB
09/10/1993
NASC N.12296 FLS 207 LIV A13
CARTORIO PILAR PB
114.639.994-45
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83


15 FEV 2013
CPF - CADASTRO DE PESSOAS FISICAS
JOSELIO FRANCISCO DA SILVA
007828244-07

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSÉ LO [illegible] DA SILVA

RG nº 461 996, data de expedição 22/12/91, Órgão SSP/PB,

CPF nº 09 928.244 9[illegible], 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)	SÍTIO FIGUEIRA
Número	S/N
Apto / Complemento	
Bairro	[illegible]
Cidade	PILAR
Estado	PARAÍBA
CEP	58 [illegible]
Telefone de Contato	(83) [illegible]
E-mail	[illegible]

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pilar PB 23/10/2023

Assinatura do Declarante: [illegible]

Atendimento ao Cliente Energisa: 0800 083 0196

Conta referente a:	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RAM
Dez / 2017	13/12/2017	11/01/2018	792824407

UC (Unidade Consumidora): 5/1542608-4

Canais de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo (kWh)	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			

Demonstrativo

Vencimento: 20/12/2017

TOTAL a PAGAR: R$ 80,30

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)

Discriminação	Valor (R$)	%
Total	80,30	100,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

Nov/17 R$ 12

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Severina de Souza Mendes, brasileiro(a), estado civil: solteira Profissão: agricultora, portador(a) do RG 2773808, órgão expedidor SSP/PB e do CPF: 047.813.804-08, residente no(a) Rua Professor Antenor Chagas Monteiro nº S/N; bairro: Centro, município: Pilar / PB.

OUTORGADO:

Nome: Fábio Bernardo Ferreira, brasileiro(a) estado civil: solteiro Profissão: vendedor, portador(a) do RG 4.400.457, órgão expedidor SSP/PB e do CPF: 114.639.994-45, residente no(a) Rua Professor Antenor Chagas Monteiro nº S/N; bairro: Centro, município: Pilar / PB.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

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

Pilar - PB, 27 de outubro de 2017.
Local e Data

Fábio Bernardo Ferreira
Assinatura do Outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

15 FEV 2018
RECEBIDO

SELO DIGITAL:
Consulte em - http: www.tjpb.jus.br
AFW01376 - IOWJ

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DO UNICO OFICIO
OFÍCIO - COMARCA DE PILAR - PB
Reconheço a firma de
por autenticidade. Dou fé. Em test
Pilar
TABELIÃO

Serviço Notarial e Registral do Único Ofício
Cartório Oficial de Registro de Imóveis
Comarca de Pilar - PB

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180170355**
Vitima: **ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO**
Data do Acidente: **18/02/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FABIO BERNARDO FERREIRA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180170355.**

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ** R$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.b**r ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01519/01520 - carta_01 - INVALIDEZ

00020760

Carta nº 12677630

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 07 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: **ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180170355**
Vitima: **ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO**
Data do Acidente: **18/02/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FABIO BERNARDO FERREIRA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180170355**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento ilegível

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00623/00624 - carta_03 - INVALIDEZ

00070312

Carta nº 12927662

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3180170355**
Vitima: **ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO**
Data do Acidente: **18/02/2015**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **FABIO BERNARDO FERREIRA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180170355**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **Sabemi Seguradora S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00107/00108 - carta_03 - INVALIDEZ
00070054
Carta nº 13148896

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, 22 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180170355 **Vítima: ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: 18/02/2015 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: FABIO BERNARDO FERREIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01967/01968 - carta_16 - INVALIDEZ

00010984

Carta nº 13844874

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: | CPF da Vítima: [illegible] | Nome completo da vítima: [illegible]

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: [illegible] | CPF titular da conta: [illegible] | Profissão: [illegible]
Endereço: [illegible] | Número: [illegible] | Complemento:
Bairro: [illegible] | Cidade: [illegible] | Estado: [illegible] | CEP: [illegible]
Email: | Telefone (DDD):

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [X] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[illegible]

[ ] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
[ ] BRADESCO (237) [ ] BANCO DO BRASIL (001) [ ] ITAÚ (341)
[ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)
AGÊNCIA (NO.) DV — CONTA (NO.) DV
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome
AGÊNCIA (NO.) DV — CONTA (NO.) DV
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

[illegible] 23 de [illegible] de 2017.
Local e Data

[illegible] — Campo 1 - Assinatura do Beneficiário
[illegible] — Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Conta aberta com sucesso

Titular:	ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO
Agência:	0733 - ITABAIANA DO NORTE, PB
Operação:	013 - Conta Poupança
Número da conta:	00034021-6

Senha da Conta gerada com sucesso

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiario seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	047.818.804-09	Edivaldo Souza do Nascimento

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Edivaldo Souza do Nascimento	CPF titular da conta: 047.818.804-09	Profissão: Pedreiro
Endereço: Sítio Riquinho S/N	Número: S/N	Complemento
Bairro: Zona Rural	Cidade: Pilar	Estado: PB
CEP: 58338-000	Telefone (DDD): 83 9969-0519	
E-mail		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R$ 1.000,00 ☐ R$ 1.000,00 ATÉ R$ 3.000,00
☐ R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00 ☐ R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO	DIV	CONTA NRO	DIV
0733		2024	6
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO

AGÊNCIA NRO	DIV	CONTA NRO	DIV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

SABEMI SEGURADORA S/A
ABR 2018
RECEBIDO

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

Pilar/PB, 21 de Março de 2018
Local e Data

Edivaldo Souza do Nascimento — Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Josefina de Souza Mendes — Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FORM.001 V001/2017

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI: | CPF da Vítima: [illegible] | Nome completo da vítima: [illegible]

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: [illegible] | CPF titular da conta: [illegible] | Profissão: [illegible]
Endereço: [illegible] | Número: [illegible] | Complemento:
Bairro: [illegible] | Cidade: [illegible] | Estado: [illegible] | CEP: [illegible]
Email: | Telefone (DDD):

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [X] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[illegible]

[ ] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
[ ] BRADESCO (237) [ ] BANCO DO BRASIL (001) [ ] ITAÚ (341)
[ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)
AGÊNCIA (NO.) DV — CONTA (NO.) DV
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)
BANCO Nome
AGÊNCIA (NO.) DV — CONTA (NO.) DV
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

Palmas/TO, 29 de outubro de 2021.
Local e Data

[illegible] — Campo 1 - Assinatura do Beneficiário
[illegible] — Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

Conta aberta com sucesso

Titular:	ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO
Agência:	0753 - ITABAIANA DO NORTE, PB
Operação:	013 - Conta Poupança
Número da conta:	00034021 6

Senha da Conta gerada com sucesso

LIDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

[illegible] http://www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT [illegible]

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

[illegible] conforme os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL [illegible] período de inventário. Dados incompletos e/ou incorretos impedem o crédito de crédito [illegible]

[illegible] do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL [illegible] regularizada, para o crédito de indenização/reembolso.

O obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos [illegible] Apenas o Representante Legal poderá assinar o formulário [illegible]

Beneficiário entre 16 a 17 anos [illegible] o Beneficiário não assinado pelo seu Representante Legal [illegible] Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de [illegible] e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

1103-5 389.538.591-05

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO, BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

[illegible] Segurados Líder – DPVAT, [illegible]

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

[illegible]

CONTA CORRENTE [illegible]

BANCO

AGÊNCIA

CONTA

[illegible] pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida [illegible]

[illegible] de 4 [illegible]

[illegible]

[illegible]

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

GOVERNO DA PARAÍBA

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0276/2016

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências, nele encontrei o Registro n.º 0276/2016, que passamos a transcrever na íntegra: Ao(s) 6 de julho de 2016, neste cidade de Pilar, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, quando se encontrava presente o **Dr. BRUNO ARAÚJO DA COSTA**, Delegado Polícia Civil, comigo, Policial Civil, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 9:52 , compareceu o Sr(a) **SEVERINA DE SOUZA MENDES**, brasileira, com 37 anos de idade, agricultora, nascida em 16.12.1979, natural de Pilar/PB, solteira, filha de Jacila e Souza Mendes, residente na Rua Antenor Chagas Monteiro, s/n , RG 27.73808 – 1 VIA , telefone nº (83) 986022934 / 986680519, genitora de **ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO, CERTIDÃO DE NASCIMENTO** Nº 14247, FLS 94-V, Nº A-15

NOTICIOU:

Que no dia 16/02/2016, POR VOLTA das 20h00min o seu filho ELLIVELTON estava saindo de São Miguel de Taipu em direção a Pilar/PB; Que em certo momento um animal passou na frente da motocicleta que perdeu o controle; Que ELLIVELTON estava como passageiro na motocicleta; Que ELLIVELTON perdeu os sentidos e foi socorrido por terceiros que passavam, acima; Que foi encaminhado para o Hospital e Trauma Senador Humberto Lucena; Que a noticiante apresentou o laudo médico contendo as seguintes informações: NOME DO PACIENTE: ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO; PRONTUÁRIO Nº 91115, BOLETIM DE ENTRAR Nº 97351; DATA DO ATENDIMENTO 18/02/2015 COM FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA, CONFORME ANEXO; QUE O VEÍCULO EM QUE ELLIVELTON ESTAVA NO MOMENTO DO ACIDENTE POSSUI OS SEGUINTES DADOS: NOME DO PROPRIETÁRIO: NELTON PEQUENO DA SILVA, MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS, COR VERMELHA, PLACA NNU0852/PB, CHASSI Nº 9C2KC0810GR125367, CONFORME ANEXO; QUE deseja com esta certidão solicitar o seguro DPVAT.
Nada mais havendo a tratar.

Cientes o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299, do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade. Dou fé. Dado e passado nesta cidade de Pilar/PB, aos 6 de julho de 2016, eu, Policial Civil que digitei, e assino.

Severina de Souza Mendes
ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO

Noticiante

Paula da Costa Pinto
PAULA DA COSTA PINTO
Policial Civil
Mat. 192.031-3

DELEGACIA SEGURANÇA PÚBLICA
15 FEV 2018
RECEBIDO

GOVERNO DA PARAÍBA

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 0276/2016

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, revendo neste Cartório Policial o Livro de Registros de Ocorrências, nele encontrei o Registro n.º 0276/2016, que passamos a transcrever na íntegra: Ao(s) 6 de julho de 2016, neste cidade de Pilar, Estado da Paraíba e na Delegacia de Polícia Civil, quando se encontrava presente o **Dr. BRUNO ARAÚJO DA COSTA**, Delegado Polícia Civil, comigo, Policial Civil, ao final assinado e declarado, aí, por volta das 9:52 , compareceu o Sr(a) **SEVERINA DE SOUZA MENDES**, brasileira, com 37 anos de idade, agricultora, nascida em 16.12.1979, natural de Pilar/PB, solteira, filha de Jacila e Souza Mendes, residente na Rua Antenor Chagas Monteiro, s/n , RG 27.73808 – 1 VIA , telefone nº (83) 986022934 / 986680519, genitora de **ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO, CERTIDÃO DE NASCIMENTO** Nº 14247, FLS 94-V, Nº A-15

NOTICIOU:

Que no dia 16/02/2016, POR VOLTA das 20h00min o seu filho ELLIVELTON estava saindo de São Miguel de Taipu em direção a Pilar/PB; Que em certo momento um animal passou na frente da motocicleta que perdeu o controle; Que ELLIVELTON estava como passageiro na motocicleta; Que ELLIVELTON perdeu os sentidos e foi socorrido por terceiros que passavam, acima; Que foi encaminhado para o Hospital e Trauma Senador Humberto Lucena; Que a noticiante apresentou o laudo médico contendo as seguintes informações: NOME DO PACIENTE: ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO; PRONTUÁRIO Nº 91115; BOLETIM DE ENTRAR Nº 97351; DATA DO ATENDIMENTO 18/02/2015 COM FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA, CONFORME ANEXO; QUE O VEÍCULO EM QUE ELLIVELTON ESTAVA NO MOMENTO DO ACIDENTE POSSUI OS SEGUINTES DADOS: NOME DO PROPRIETÁRIO: NELTON PEQUENO DA SILVA, MODELO HONDA/CG 150 TITAN KS, COR VERMELHA, PLACA NNU0852/PB, CHASSI Nº 9C2KC0810GR125367, CONFORME ANEXO; QUE deseja com esta certidão solicitar o seguro DPVAT.
Nada mais havendo a tratar.

Cientes o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299, do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, exigiu a presente certidão. O referido é verdade. Dou fé. Dado e passado nesta cidade de Pilar/PB, aos 6 de julho de 2016, eu, Policial Civil que digitei, e assino.

Severina de Souza Mendes
ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO

Noticiante

Paula da Costa Pinto
PAULA DA COSTA PINTO
Policial Civil
Mat. 192.031-3

DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
15 FEV 2018
RECEBIDO

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221208 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
[illegible]	133.122.634-05	18/02/2015

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
Serafina de Souza Mendes	091.815.204-05
Email	**Telefone (DDD)**
	(84) 9 [illegible]

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza pericias para fins de prova do Seguro DPVAT, ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza pericias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

15 FEV 2018

João Pessoa 23 de outubro de 2017

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1.001 V001/2017

Seguradora LÍDER

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221208 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima	CPF da Vítima	Data do Acidente
[illegible]	133.122.634-05	18/[illegible]/2015

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
Serafina de Souza Mendes	091.815.204-09
Email	**Telefone (DDD)**
	(84) 9[illegible]44-[illegible]

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza pericias para fins de prova do Seguro DPVAT, ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza pericias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

15 FEV 2018

Natal/RN, 23 de outubro de 2017.

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Serafina de Souza Mendes

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAI.1.001 V001/2017

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

Rua Pedro Gondim, S/N

Relatório de Atendimento: 37535

Identificação do paciente

Id: 60159	Nome: ELWELTON DE SOUZA NASCIMENTO		Sexo: Masculino
Data de nascimento: 25/02/2005	Idade: 15 anos 5 meses 7 dias	Estado civil: SOLTEIRO(A)	Raça: NÃO INFORMADA	Prontuário: 91119
Pai:			Mãe: EDERALDO DO NASCIMENTO
Mãe: SEVERINA DE SOUZA MENDES			Responsável Financeiro: A MAE - MAE
Escolaridade: FUNDAMENTAL INCOMPLETO			CBO Fac:	Profissão:
Cpf Mãe: 85	Rg Mãe: 99/781568		
Tipo documento:	Número documento:		NF Cns: 160536141660005
Nacionalidade: PILAR			Tipo: MUNICIPIO	Uf: PB
Cidade: PILAR	Naturalidade: PILAR		CHGR:

Endereço

Cep: 58306000	Município de residência: PILAR	Uf: PB	Logradouro: BOA ESPERANCA
Número: 36	Complemento: S		Bairro: SERVENTIA

Admissão

Data Admissão Emergência: 18/10/2015 20:53:45	Número de internação: 1000003910732	Convênio: SUS
Especialidade: CIRURGIAO GERAL	Clínica: CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco:		Origem do paciente: AMBULANCIA
Tipo de atendimento: URGENCIA	Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Gravidade do paciente: MOTO X ANIMAL

Indicadores e Transporte

Cor pele: NÃO	Parto Gemelar: NÃO	Gravidade clínica: Alta	Trauma: Sim
Meio de transporte: AMBULANCIA		Local transportado: ALTA DE PILAR	

Sinais Vitais

Pa:			Temperatura:
Fc:	Fr:	Sat:	

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] ECG [ ] Liquor [ ] ECO [ ] Ultrassonografia [ ]

Dados clínicos

Diagnóstico: | Cid:

Responsável: ANA NICOLE FERNANDES GOMES | Horário: 03/nov 33seg

15 NOV 2015

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO DA PARAÍBA

Rua Pedro Gondim, S/N

Relatório de Atendimento: 37535

Identificação do paciente

Id: 65159	Nome: ELWELTON DE SOUZA NASCIMENTO		Sexo: Masculino
Data de nascimento: 25/02/2005	Idade: 15 anos 5 meses 7 dias	Estado civil: SOLTEIRO(A)	Raça: NÃO INFORMADA	Prontuário: 91119
Mãe: SEVERINA DE SOUZA MENDES			Pai: EDERALDO DO NASCIMENTO
Nacionalidade: FUNDAMENTAL INCOMPLETO			Responsável Financeiro: A MAE - MAE
Doc. Mãe: 85	Fone Mãe: 99/781668		CPF:
Tipo documento:	Número documento:		NF Cns: 160536141660005
Nacionalidade: PILAR			Tipo: MUNICIPIO	UF: PB
Cidade: PILAR	Naturalidade: PILAR		CHGR:

Endereço

CEP: 58306000	Município de residência: PILAR	UF: PB	Logradouro: BOA ESPERANCA
Número: 36	Complemento: S		Bairro: SERVENTIA

Admissão

Data/Hora Entrada: 18/10/2015 20:53:45	Número de prontuário: 1000003910732	Convênio: SUS
Especialidade: CIRURGIAO GERAL	Clínica: CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco:		Origem do paciente: AMBULANCIA
Tipo de atendimento: URGENCIA	Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente: MOTO X ANIMAL

Indicadores e Transporte

Com bolsa: NÃO	Paciente Gravida: NÃO	Gravidez de risco: Não	Trauma: Sim
Meio de transporte: AMBULANCIA		Saída transportada: ALMA DE PILAR	

Sinais Vitais

Pa:			

Exames complementares

Raio X [ ] Sangue [ ] Urina [ ] ECG [ ] Liquor [ ] ECO [ ] Ultrassonografia [ ]

Dados clínicos

Data: 18 OUT 2015

Hora: 03min 33seg

Profissional: ANA NICOLLE FERNANDES GOMES

BEVERINA DE SOUZA MENDES

Atendimen

www.energisa.com.br

Conta nº

5/1632405-5

Set /

Apres

28/0

Data prev
próxima leitura

28/10/2015

CPF/ CNPJ/ RANI

Cálculo de consumo

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
26/09/15	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	113	32

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ 0 DIA 25/09/2015 PAGAR OBRIGADO!

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R$)
Consumo de Energia Elétrica	32	[illegible]	4,31
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	6,00
Adic. Bandeira			3,12
IMPOSTOS E ENCARGOS			
PIS			0,42
COFINS			1,95
CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			9,90
JUROS DE MORA 2015			[illegible]
MULTA 2015			[illegible]
[illegible]			2,10

Histórico de Consumo (kWh)

Ago/15	21
Jul/15	20
Jun/15	24
Mai/15	18
Abr/15	30
Mar/15	16
Fev/15	36
Jan/15	37
Dez/14	28
Nov/14	27
Out/14	24
Set/14	52

Média dos últimos consumos
27 kWh

VENCIMENTO
05/10/2015

TOTAL A PAGAR
R$ 61,97

Indicadores de Qualidade 2015-Janeiro

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	8,20	[illegible]
DIC TRIMESTRAL	19,74	
DIC ANUAL	27,16	
FIC MENSAL	5,60	6,06
FIC TRIMESTRAL	7,32	
FIC ANUAL	14,45	
DMIC	8,27	[illegible]
DICRI	13,33	

Discriminação	Valor (R$)	%
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	1,65	1,59
[illegible]	2,79	4,46
[illegible]	41,48	15,15
[illegible]	0,00	0,00
Total	61,97	100,00

ATENÇÃO

- [illegible]
- Reajuste Tarifário - Vigência 26/09/2015 [illegible]
- Reajuste Tarifário - Vigência [illegible] 2015 [illegible]
- Leitura confirmada

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fábio Bernardo Ferreira,

RG nº 4 109 457, data de expedição 10/12/12, Órgão SSP/PB,

CPF nº 111.639.994-95, 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 Professor Antero C. Monteiro
Número	S/Nº
Apto / Complemento	-//-
Bairro	Centro
Cidade	Pilar
Estado	Paraíba
CEP	58 338-000
Telefone de Contato	(83) 99944-9982
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pilar - PB, 23/10/2017

Assinatura do Declarante: Fabio Bernardo Ferreira

SEVERINA DE SOUZA MENDES
RUA PROF ANTENOR CHAVES MONTEIRO, S/N - CENTRO
PILAR/PB CEP 58280-000 - 116

Classificação: RESIDENCIAL (BAIXA RENDA) - MONOFÁSICO
Roteiro: 15 - 12-55 - 45-10
NFA emitida: 000.000.000.140

Atendimento: 0800 083 0196 - Pessoas com Deficiência: 0800 083 0196
Pedido de Eletricista: 0800 083 0196 - Recebimento de Reclamações: 0800 083 0196
Pedido Automático: 0800 083 0196

Atendimen

Site: www.cenergisa.com.br

Conta nº: 5/1832406-5

Set /

Apres

28/0

Data prevista da próxima leitura

28/10/2015

CPF/ CNPJ/ RANI
4731330130

Faturas em aberto
FATURAS VENCIDAS ATÉ O DIA 28/09/2015 FAZ-SE DESNECESSÁRIO

Cálculo de consumo

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
28/08/15	1114	28/09/15	1142	1	28	30

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R$)
Consumo de 31 kWh-PB	30	0,14180	4,25
Consumo - 101 a 220 kWh-PB	70	0,24799	17,35
Consumo - 101 a 220 kWh-PB	98	0,37147	36,39
Adic B Vermelha			3,12
IMPOSTOS E ENCARGOS			
PIS			0,42
COFINS			1,95
CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			6,50
JUROS DE MORA CIP/2015			0,01
MULTA Jul/2015			0,10
Valor base de cálculo R$ 0,37 [illegible]			31,10

Histórico de Consumo (kWh)

Ago/15	22
Jul/15	30
Jun/15	23
Mai/15	48
Abr/15	30
Mar/15	18
Fev/15	36
Jan/15	37
Dez/14	38
Nov/14	27
Out/14	24
Set/14	32

Média dos últimos meses
27kWh

VENCIMENTO
05/10/2015

TOTAL A PAGAR
R$ 61,97

Indicadores de Qualidade 2015 - Janeiro

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	5,93	0,00
DIC TRIMESTRAL	13,74	
DIC ANUAL	27,48	
FIC MENSAL	5,60	0,00
FIC TRIMESTRAL	7,27	
FIC ANUAL	14,54	
DMIC	3,37	0,00
DIC RI	17,23	

Limite de Tensão (V)

NOMINAL	220	
CONTRATADA		
LIM. INFERIOR	201	
LIMITE SUPERIOR	231	

Discriminação	Valor (R$)	%
[illegible]	17,[illegible]	2[illegible],07
[illegible]	15,22	24,56
[illegible]	1,55	1,80
[illegible]	2,78	4,48
[illegible]	30,46	49,15
[illegible]	0,00	0,00
Total	61,97	100,00

Valor Informado à Sec. de Fazenda de Distribuição
[illegible]

ATENÇÃO
- Sua média de faturamento [illegible]
Reajuste Tarifário Vigência 08/09/15 Res. ANEEL nº 1.956 Reajuste Tarifário [illegible]
Reajuste Tarifário Vigência 22/11/15 Res. 2.037 [illegible] Reajuste Tarifário [illegible]
- Leitura confirmada

BEVERINA DE SOUZA MENDES

Atendimen

Conta de

Set /

Apres

28/0

Data prev próxima leitura

28/10/2015

CPF/ CNPJ/ RANI

Cálculo de consumo

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
26/09/15	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	113	32

Faturas em atraso

FATURAS VENCIDAS ATÉ 0 0 [illegible] PAGAR ORIGINADO

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R$)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Adic. B Vermelha			[illegible]
IMPOSTOS E ENCARGOS			
PIS			[illegible]
COFINS			1,85
CONTRIBUIÇÃO PÚBLICA			9,90
JUROS DE MORA [illegible]			[illegible]
MULTA [illegible]			[illegible]
[illegible]			[illegible]

Histórico de Consumo (kWh)

Apr/15	21
Jun/15	20
Jan/15	24
Mar/15	18
Abr/15	30
Mai/15	16
Fev/15	36
Jul/15	37
Dez/14	28
Nov/14	27
Out/14	24
Set/14	52

Média dos últimos consumos 27 kWh

VENCIMENTO 05/10/2015

TOTAL A PAGAR R$ 61,97

Indicadores de Qualidade 2015 - Janeiro

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	8,30	[illegible]
DIC TRIMESTRAL	19,74	
DIC ANUAL	27,46	
FIC MENSAL	5,60	6,06
FIC TRIMESTRAL	7,32	
FIC ANUAL	14,45	
DMIC	3,27	[illegible]
DICRI	13,33	

Discriminação	Valor (R$)	%
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	1,65	1,59
[illegible]	2,79	4,46
[illegible]	41,49	15,15
[illegible]	0,00	0,00
Total	61,97	100,00

ATENÇÃO

- [illegible]
- Reajuste Tarifário - Vigência 28/09/15 [illegible]
- Reajuste Tarifário - Vigência [illegible] 2015 [illegible]
- Leitura confirmada

CAIXA DE CORRESPONDÊNCIA

15 DEV 2015

RECEBIDO

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Fábio Bernardo Ferreira,

RG nº 4 109 457, data de expedição 10/12/12, Órgão SSP/PB,

CPF nº 111.639.994-95, 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 Professor Antero C. Monteiro
Número	S/Nº
Apto / Complemento	-//-
Bairro	Centro
Cidade	Pilar
Estado	Paraíba
CEP	58 338-000
Telefone de Contato	(83) 99944-9982
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Pilar - PB, 23/10/2017

Assinatura do Declarante: Fábio Bernardo Ferreira

SEVERINA DE SOUZA MENDES
RUA PROF ANTENOR CHAVES MONTEIRO, 500 - CENTRO
PILAR/PB CEP 58280-000 - 116

Classificação: RESIDENCIAL (BAIXA RENDA) - Monofásico
Roteiro: 15 - 12-55 - 45-10
NFA emitida: 000.000.000.000

Atendimento: 0800 081 2484

Site: www.energisa.com.br

Conta nº: 5/1832406-5

Set /

Apresentação

28/0

Data prevista da próxima leitura

28/10/2015

CPF/ CNPJ/ RANI
4701330130

Faturas em atraso
FATURAS VENCIDAS ATÉ O DIA 28/09/2015 FAZ-SE DESNECESSÁRIO

Cálculo de consumo

Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Constante	Consumo	Dias
28/08/15	1114	28/09/15	1142	1	28	30

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R$)
Consumo ciclo 3 (kWh)	30	0,14180	4,25
Consumo - 101 a 220kWh	70	0,24799	17,35
Consumo - 101 a 220kWh	98	0,37147	36,39
Adic B Vermelha			3,12
IMPOSTOS E ENCARGOS			
PIS			0,42
COFINS			1,95
CONTRIBUIÇÃO ILUM PUBLICA			6,50
JUROS DE MORA CIP/DIE			0,01
MULTA 09/2015			0,10
Valor base de cálculo R$ 18,37 (Alíquota 17,00%)			31,10

Histórico de Consumo (kWh)

Ago/15	22
Jul/15	30
Jun/15	23
Mai/15	18
Abr/15	30
Mar/15	18
Fev/15	36
Jan/15	37
Dez/14	38
Nov/14	27
Out/14	24
Set/14	32

Média dos últimos meses
27kWh

VENCIMENTO
05/10/2015

TOTAL A PAGAR
R$ 61,97

Indicadores de Qualidade 2015 - Março

	Limites da ANEEL	Apurado
DIC MENSAL	5,93	0,00
DIC TRIMESTRAL	13,74	
DIC ANUAL	27,48	
FIC MENSAL	5,60	0,00
FIC TRIMESTRAL	7,27	
FIC ANUAL	14,54	
DMIC	3,27	0,00
DIC RI	17,23	

Limite de Tensão (V)

NOMINAL	220	
CONTRATADA		
LIM. INFERIOR	201	
LIMITE SUPERIOR	231	

Discriminação	Valor (R$)	%
[illegible]	17,[illegible]	2[illegible]
[illegible]	15,22	24,56
[illegible]	1,55	1,80
[illegible]	2,79	4,42
[illegible]	30,46	49,15
[illegible]	0,00	0,00
Total	61,97	100,00

Valor faturado pela Cia. Energia de Distribuição
[illegible]

ATENÇÃO
- Sua média de faturamento [illegible]
Reajuste Tarifário Vigência 08/09/15 Res. ANEEL nº 1.956 Baixa Tensão [illegible]
Reajuste Tarifário Vigência 22/11/15 Res. 2437 [illegible] Baixa Tensão [illegible]
- Leitura confirmada

15 FEV 2016
RECEBIDO

Seguradora LÍDER

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.ASP?TIPO=1&CODIGO=29636

A Circular SUSEP[1] 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**[2].

[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 Fabio Bernardo Fonseca inscrito (a) no CPF 140.622.594-45 / ____, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edilvan Souza Monteiro inscrito (a) no CPF sob o Nº 403.422.634-65 do sinistro de DPVAT cobertura Morte da Vítima Edilvan Souza Monteiro, inscrito (a) no CPF sob o Nº 403.422.634-65, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

15 FEV 2023

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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	Número	Complemento
Rua Professor Antônio Carlos Monteiro	S/N	
Bairro: Centro	Cidade: Pilar	Estado: PB
CEP: 58[illegible]	Email: —	Telefone comercial (DDD): (83)9[illegible]-1982
Telefone celular (DDD): —		

Pilar-PB 22 de outubro de 2023

Local e Data

Fabio Bernardo Fonseca

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Apolônio Francisco da Silva

RG nº 1613996, data de expedição 22/02/96, Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 022923244-04, com domicílio na cidade de Pilar-PB, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Jaguaria nº SN, 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 Elbertton S. do Nascimento cujo o condutor era Jeandson dos Santos Silva.

Veículo: Motocicleta
Modelo: HONDA CG 150 TITAN KS
Ano: 2008
Placa: MNU 0352
Chassi: 9C2KC0810SR125363
Data do Acidente: 18/04/2015
Local e Data: Pilar-PB, 23/10/2014

Apolônio Francisco da Silva
Assinatura do Declarante

Jeandson dos Santos Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DO UNICO OFICIO
15 FEV 2018
RECEBIDO

SELO DIGITAL:
consulte em - http:www.tjpb.jus.br
AFW01377 - EHSD
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DO UNICO OFICIO
OFÍCIO - COMARCA DE PILAR - PB
Reconheço a firma de
por autenticidade. Dou fé. Em test. de verdade
Pilar
TABELIÃO

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DO UNICO OFICIO
OFÍCIO - COMARCA DE PILAR - PB
Reconheço a firma de
por autenticidade. Dou fé. Em test. de verdade
Pilar
TABELIÃO

SELO DIGITAL: AFW01406 - WVAB
consulte em - http:www.tjpb.jus.br

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josélio Francisco da Silva,

RG nº 1617996, data de expedição 22/02/96, Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 07025344-07, com domicílio na cidade de Pilar-PB, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) São Joaquim, nº SN, 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 Elliveldon S. do Nascimento, cujo o condutor era Jonathan dos Santos Silva.

Veículo: Motocicleta
Modelo: HONDA CG150 TITAN KS
Ano: 2008
Placa: MNU0252
Chassi: 9C2KC0810R812526
Data do Acidente: 18/02/2015
Local e Data: Pilar-PB, 23/10/2014

Assinatura do Declarante

Jonathan dos Santos Silva

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

SELO DIGITAL:
consulte em - http: www.tjpb.jus.br
AFW0137 7 - EHSD
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DO UNICO OFICIO
OFÍCIO - COMARCA DE PILAR - PB
Reconheço a firma de
por autenticidade. Dou fé. Em testemunho de verdade
Pilar
TABELIÃO

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DO UNICO OFICIO
OFÍCIO - COMARCA DE PILAR - PB
Reconheço a firma de
por autenticidade. Dou fé. Em testemunho de verdade
Pilar 24/10/2017
TABELIÃO

SELO DIGITAL: AFW01406 - WVAB
consulte em - http: www.tjpb.jus.br

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA GOVERNADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS	
NOME DO PACIENTE	Elliveltom Souza do Nascimento
DATA DE NASCIMENTO	28/02/00
NOME DA MÃE	Severina de Souza Mendes
DADOS EXTRAÍDOS	
PRONTUÁRIO N.º	91115
BOLETIM DE ENTRADA N.º	873515
DATA DO ATENDIMENTO	18/02/15
HORA DO ATENDIMENTO	20:53
MOTIVO DO ATENDIMENTO	Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S)	Fratura da clavícula esquerda
CID 10	S-42.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto,com dor em ombro esquerdo e dificuldade na movimentação do mesmo,glasgow 15 Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX ombro E.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX fratura de clavícula E.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura da clavícula esquerda.

SAÚDE RECEBIDO
19 FEV 2019
RECEBIDO

ALTA HOSPITALAR:	23/10/15
DATA DA EMISSÃO:	30/05/16

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3303/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPREGANS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE PILAR
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PSF IV - Rua do Cruzeiro, 30 - Alto da Serrinha
CNES: 2808812

Paciente: Gilvanilton Souza do Nascimento

Endereço: Pico Catarino

Atesto:
Paciente de 17 Anos de idade que em 2015 sofreu Acidente de Motocicleta, onde foi internado cirurgicamente por fratura de clavícula esquerda.
Evolução de os necessário Fisioterapia duro só Clavícula x cicatrização.

Dra. Sonia Espinosa Corvea
Médica da Família
Registro Union PB

Pilar - PB 10/4/17

Médico/CRM

Dr. melhore sua letra:
uma má interpretação pode trazer prejuízos à saúde do seu paciente
Fumar faz mal a saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE PILAR

Receituário Médico

SEC. MUNICIPAL DE SAÚDE

Atestado medico

Gilvanilton Souza do Nascimento portador de cicatriz hipertrófica com espessamento do terço médio do membro E, Atualmente assintomático com discreta limitação articular do ombro esquerdo CID. M 245

Data: 10/05/17

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta

Nome: Elivelton de Souza N.		Registro:	
Idade:	Sexo: M.	Cor:	Clínica: / Enf: / Leito:
Data de admissão: 18/10/15		Data da alta: 23/10/15.	

Diagnóstico inicial: fratura clavícula.

Diagnóstico final: Idem ~~[illegible]~~ Item anterior.

Outros diagnósticos: /

Principais exames: R-X ombro.

Cirurgia realizada - data e equipe: osteossíntese fratura clavícula DR. Ricardo Barros

Terapêutica medicamentosa: Tilutil, dipirona, efolatum.

Anatomia patológica:

Infecção: sim ( ) não (X) Coleta de material: sim ( ) não (X)

Resultado bacteriologia:

Condições de alta: Melhorado ( ) Removido ( ) A pedido ( ) Curado (X) Óbito ( )

Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações:

Orientações Pós Alta

Dieta: Livre.

Repouso:
relativo em casa por, _____ dias.
retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.

Cuidados com a ferida operatório: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Medicações para casa: Flatore, efolatum.

Retorno:
Ao posto de saúde em 30/10/15 7:00h. **para retirada de ponto.**
Ao ambulatório HTOP **em 30 dias para revisão.**

João Pessoa: 23 de 10 de 15

Ass. Médico / CRM

Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

Laudo Médico / Resumo de Alta

Nome: Elvetton J. Souza N. | Registro: | Clínica: | Enf: | Leito:

Idade: | Sexo: M | Cor:

Data da cirurgia: 18/10/15 | Data da alta: 22/10/15

Diagnóstico:

Procedimento realizado:

Exames laboratoriais:

Exames de imagem:

Exames anatomopatológicos:

Cirurgia realizada - data e equipe:

Terapêutica medicamentosa:

Anatomia patológica:

Intercorrências: Não / Coleta de material para exame

Resultado histórico alta

Condições de alta: Melhorado / Remissão / Apoio / Sem alta / Óbito

Orientações Pós Alta

Dieta: Livre

Repouso:

Retorno:

Medicações para casa:

Este documento destina-se à aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/10/2023 11:06:18
https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23102611061806300000076471945
Número do documento: 23102611061806300000076471945

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM B.E./PRONT

[illegible]

TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ Laceração ☐ [illegible]

☐ [illegible] ☐ Objeto encravado ☐ Ferimento cortante ☐ [illegible] ☐ Outros

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros [illegible] ☐ Membros [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ Outros

DADOS CLÍNICOS (sintomas)

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:

EXAME FÍSICO

Sistema Neurológico:

Nível de Consciência ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]

Avaliação das pupilas ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]

☐ [illegible] ☐ [illegible]

Sistema Respiratório: ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ [illegible]

☐ [illegible] ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas

☐ Respiração [illegible] ☐ [illegible] ☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório: ☐ Pulso ausente ☐ [illegible] ☐ Perfusão tissular [illegible]

☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusão tissular [illegible]

☐ Palidez ☐ [illegible]

Sistema Digestório: ☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial

☐ HDB ☐ [illegible] ☐ Dor à palpação profunda

Outros: ☐ [illegible] ☐ Distensão abdominal

Sistema Geniturinário: ☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Oligúria ☐ [illegible] ☐ [illegible] ☐ Outros

HISTÓRICO CLÍNICO PREGRESSO: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ Alergias ☐ Cirurgias

☐ [illegible] ☐ Outros Especificar:

USA MEDICAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Especificar:

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:

[illegible]? ☐ Sim ☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

[illegible] ENFERMEIRO COREN

FOR [illegible] ENF [illegible]

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO

HERTSUL

GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA
SENADOR RUI CARNEIRO

CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Número 00

PACIENTE: [illegible]

DATA: [illegible]

PROCEDIMENTO: [illegible]

PRONTUÁRIO: [illegible]

DATA: [illegible]

SUS ( ) NÃO SUS

REPOSIÇÃO: [illegible]

DATA REGISTRO: [illegible]

MÉDICO: [illegible]

DISPENSAÇÃO

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	DOAGRESSÃO	MARCA
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

OBSERVAÇÃO - [illegible]

FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	DOAGRESSÃO	MARCA
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

ANEXO II

Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

Identificação do Paciente

17- NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

PROFISSIONAL SOLICITANTE

AUTORIZAÇÃO

GOVERNO DA PARAÍBA

Boletim de Atendimento: 873543

Identificação do paciente

Nome: DELVELTON DE SOUZA NASCIMENTO
Estado civil: SOLTEIRO(A)
Religião: NÃO INFORMADA
Sexo: Masculino
Nome da mãe: SEVERINA DE SOUZA MENEZES
Idade: 16 anos 7 meses 20 dias
Nome do pai: FONDATEUTAL INCOMPLETO
Nacionalidade: BRASIL - NULE
Raça/Cor: PARDO
Profissão: ESTUDANTE
Nº do RG: 98778156A
Nº do CPF: 05656241950/06
Nº do CNS: 700601206
Nº do prontuário: 954703
Data de nascimento: 20/02/2003
Cidade de nascimento: PILAR
Cidade de residência: PILAR
Email: PILAR

Endereço

CEP: 58038000
Município de residência: PILAR
UF: PB
Logradouro: RUA ESPERANÇA
Nº/Quadra: SN
Complemento:
Bairro: ESPERANÇA

Admissão

Data/Hora da entrada: 18/10/2023 20:53:19
Número da internação: 1000003219737
Setor: CLINICA CIRURGICA E GERAL
Especialidade: CIRURGIÃO GERAL
Procedência de venda: AMBULANCIA
Classificação de risco: VERDE
Motivo da alta: ALTA
Caráter de atendimento: URGENCIA
Motivo da internação: ACIDENTE DE MOTOCICLETA
Sala: SALA 1

Indicadores e Transporte

Isolado: NAO
Nome do isolado: NAO
Sala: SALA 1
Unidade de origem: AMB DE PILAR
Meio de transporte: AMBULANCIA

Sinais Vitais

Pressão arterial: x
Temperatura: Frequência cardíaca:

Exames complementares

Raio X ( ) Sangue ( ) Urina ( ) EF ( ) Fezes ( ) ECG ( ) Ultrassonografia ( )

Diagnóstico:

Atendido por: AYLA NICOLLE FERNANDES GOMES

Assinatura:

18/10/2023 20:53

Primeiro Atendimento Médico

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Parte de trás do veículo
muito rápido com dificuldade a motor

VIAS AÉREAS
CERVICAL IMOBILIZADA: ( ) Sim ( ) Não
VENTILAÇÃO
TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ( ) Sim ( ) Não
REMOVIDA DENTADURA ( ) Sem dificuldade
( ) Com dificuldade
( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA
( ) APNÉIA
AUSCULTA PULMONAR
MURMÚRIO VESICULAR
( ) Presente e simétrico
( ) Reduzido
( ) Ausente
( ) Ruído
( ) Diminuído
( ) Ausente
FR
FR
( ) Não
SaO2 %

CIRCULAÇÃO
COR DA PELE
( ) Normal ( ) Palido ( ) Cianótico
( ) Pletórico ( ) Icterícia
TEMPERATURA DA PELE
( ) Morno ( ) Quente ( ) Frio
( ) Normal ( ) Taquicárdico
( ) Fino ( ) Ausente
PULSO
AUSCULTA CARDÍACA
( ) Reg. ( ) Irregular ( ) Ausente
RITMO
( ) Normocardíacos ( ) Hipocardíacos
BRUHA
( ) Taquicardíacos ( ) Ausente
( ) Presente ( ) Ausente
SOPRO
( ) Sim ( ) Não
PA mmHg
FC
Hb
Ht
PVC
Glicemia mg/dl

EXAME NEUROLÓGICO
Pupilas ( ) Fotorreagentes ( ) Paralisadas ( ) Dilatadas ( ) Assimétricas
Escala de Glasgow

ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (anexos)	MELHOR RESPOSTA MOTORA
Espontânea	Orientado	Obedece a comandos
Abertura a estímulo	Confuso	Localiza estímulo
Abertura a dor	Palavras inadequadas	Retira a estímulo
Não abre	Sons inadequados	Flexão anormal (decorticação)
	Gemidos / Não fala	Extensão anormal (descerebração)
		Ausente
		Total

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: [illegible] BE/Prontuário: [illegible]

Idade: [illegible] Sexo: ( )Masculino ( )Feminino Cor: Data: 22/[illegible]/[illegible]

Clínica Setor: [illegible] INP: LR:

Cirurgia: [illegible]

Cirurgião: [illegible] 1º Assistente: [illegible]

2º Assistente: 3º Assistente:

Instrumentador: Anestesista:

Tipo de anestesia: Horário início: Término:

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
[illegible]	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
[illegible]	

Achado Durante Ato Cirúrgico: ( )Sim (X)Não Descrição:

Biopsia de Congelação: ( )Sim (X)Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

( )Enfermaria ( )Terapia Intensiva ( )Residencial ( )Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 22/[illegible]/[illegible]

Médico/CRM:

ENGLASA CR.009-1

FICHA DE ANESTESIA

AUTORIZAÇÃO DE ACOMPANHANTE

[illegible]

[illegible] autorizado(a) a acompanhar [illegible]

[illegible] acompanhante [illegible] de 07:00 às 08:00hs; tarde: das 13:00 às 14:00hs; noite: das 19:00 às 20:00hs) e sobre [illegible] condições.

[illegible]

[illegible] pacientes e/ou [illegible]

[illegible]

João Pessoa, [illegible]

ASSISTENTE SOCIAL
CRESS - 13ª REGIÃO - PB: [illegible]

Assistente Social

[illegible]

AUTORIZAÇÃO DE ACOMPANHANTE

O(a) portador(a) deste documento está autorizado(a) a acompanhar o(a) paciente [illegible] [illegible] ________ internado neste Hospital. O acompanhante foi orientado com relação às normas e rotinas do hospital, bem como os respectivos horários de troca de acompanhante (manhã: das 07:00 às 08:00hs; tarde: das 13:00 às 14:00hs; noite: das 19:00 às 20:00hs) e sobre [illegible].

[illegible]

[illegible]

[illegible] ________

Reavaliação: ________

Reavaliação: ________

Reavaliação: ________

João Pessoa, 02 / [illegible] / [illegible]

____

Assistente Social

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4.045.307 — 30/04/2012

ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO

EDERALDO DO NASCIMENTO
severina de souza menezes

SANTA RITA-PB — 29/02/2000

MASC. N.14247 FLS.94V LIV.A15
CARTORIO RITAR PB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR: ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO

DATA DE NASCIMENTO: 28/02/2000 — INSCRIÇÃO: 0475 5446 1210 — ZONA: 035 — SEÇÃO: 0112

MUNICÍPIO/UF: PILAR/PB — DATA DE EMISSÃO: 06/05/2019

TÍTULO ELEITORAL

SAÚDE SUPLEMENTAR SIA

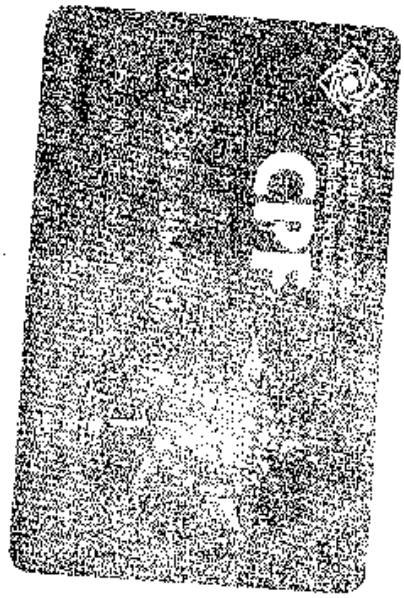
15 FEV 2023

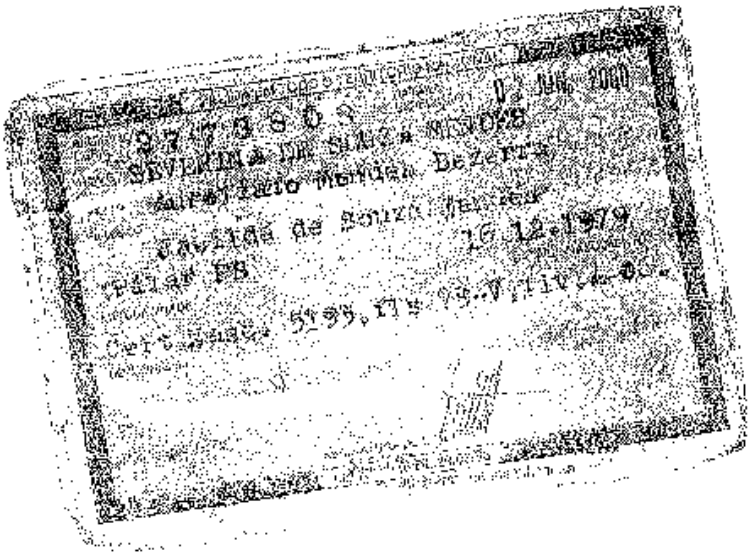
RECEBIDO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA ESPECIAL DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

CPF

847.310.8[illegible]-49





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4.045.307 — 30/04/2012

ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO

EDERALDO DO NASCIMENTO
severina de souza menezes

SANTA RITA-PB — 29/02/2000

MASC. N.14247 FLS.94V LIV.A15
CARTORIO RITAR PB

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

CARTEIRA DE IDENTIDADE

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

TÍTULO ELEITORAL

NOME DO ELEITOR
ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO

DATA DE NASCIMENTO: 28/02/2000
NÚMERO: 0475 5446 1210
ZONA: 095
SEÇÃO: 0112

MUNICÍPIO/UF: PILAR/PB
DATA DE EMISSÃO: 06/05/2019

SAÚDE SUPLEMENTAR SIA
15 FEV 2023
RECEBIDO

MINISTÉRIO DA FAZENDA
CPF
847.310.8[illegible]-49

JOÃO BARBOSA
ADVOGADOS ASSOCIADOS

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

INCIDENTE DE PRESCRIÇÃO:

Data Limite do Ajuizamento: 26/01/2020
Data do Ajuizamento: 01/04/2021

Processo: 08018765220218150381

SABEMI SEGURADORA SA, 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 **ELLIVELTON SOUZA DO NASCIMENTO**, 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:

QUESTÃO PREJUDICIAL DE MÉRITO

DA PRESCRIÇÃO

A parte autora alega ter sofrido acidente de trânsito EM 18/02/2015, quando tinha 15 anos ficando debilitada de forma permanente.

Em 15/02/2018, a parte autora deu entrada no pedido administrativo, **suspendendo** assim, o prazo prescricional que estava em curso, conforme previsão da súmula 229 do STJ.

Súmula 229 STJ: "O pedido do pagamento de indenização à Seguradora suspende o prazo de prescrição até que o segurado tenha ciência da decisão".

Em 22/01/2019, a Ré encaminhou carta de negativa / informando pagamento administrativo, e assim, após esta data, o prazo prescricional voltou a fluir, encerrando-se em 26/01/2020.

Ocorre que a presente ação foi ajuizada em 01/04/2021, ou seja, após o término do prazo prescricional.

Vejamos a jurisprudência:

> APELAÇÃO CÍVEL. DIREITO CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO. EXTINÇÃO DO PROCESSO COM RESOLUÇÃO DO MÉRITO. PRESCRIÇÃO ÂNUA. ART. 487, II, NCPC. SÚMULAS 278, 229 E 101 DO STJ. RECURSO A QUE SE NEGA PROVIMENTO. DECISÃO UNÂNIME.- "O termo inicial do prazo prescricional, na ação de indenização, é a data em que o segurado teve ciência inequívoca da incapacidade laboral". Súmula 278, do STJ.- "O pedido do pagamento de indenização à seguradora suspende o prazo de prescrição até que o segurado tenha ciência da decisão". Súmula 229, do STJ.- Resta operada a prescrição quando a soma dos

lapsos temporais referentes ao período anterior e posterior da suspensão excede o prazo de um ano previsto no art. 206, §1º, II, do Código Civil, e na Súmula 101, do STJ.- Precedente do STJ.- Apelação Cível a que se nega provimento, à unanimidade.

(Apelação 480389-80000095-96.2015.8.17.1540, Rel. Stênio José de Sousa Neiva Coêlho, 2ª Câmara Cível, julgado em 19/12/2018, DJe 11/01/2019)

APELAÇÃO CÍVEL - AÇÃO DE COBRANÇA DE COMPLEMENTO DO SEGURO DPVAT - PRAZO PRESCRICIONAL DO ART. 206, §3º, IX, DO CC - APLICAÇÃO DAS SÚMULAS 229 E 405, DO STJ - PRESCRIÇÃO DA PRETENSÃO AUTORAL - APELO DESPROVIDO - SENTENÇA PRESERVADA - UNANIMIDADE.

(Apelação 518612-50045444-83.2015.8.17.0001, Rel. José Carlos Patriota Malta, 6ª Câmara Cível, julgado em 18/12/2018, DJe 25/01/2019)

Desta forma, a presente ação deverá ser julgada improcedente.

DA CIÊNCIA INEQUÍVOCA – DISTORÇÃO DA APLICAÇÃO DA SÚMULA 278 DO STJ

Não assiste razão a parte Autora na tentativa de adequar seu caso à hipótese de afastamento da prescrição em razão da aplicação da súmula 278 do STJ, visto que, em situação diametralmente oposta do que é alegado, percebe-se pelos documentos dos autos que a vítima não submeteu-se a tratamento permanente e contínuo com vistas a recuperação da lesão acometida em virtude do acidente.

Corroborando com o alegado, somente são juntados na exordial documentos médicos da época em que o mesmo sofreu acidente, deixando de acostar laudos que comprovem que este ficou em tratamento contínuo até a suposta ciência inequívoca do caráter permanente da invalidez.

Imperioso ressaltar que o simples fato da parte Autora se submeter a uma nova perícia, não pode dar ensejo à renovação do prazo prescricional, sob pena de esvaziar o instituto da prescrição, tornando a ação de cobrança de seguro DPVAT, imprescritível, mormente por se tratar de um seguro cuja uma das coberturas é a invalidez **permanente**.

Forçoso assinalar que a simples alegação de que a "ciência inequívoca" se deu tanto tempo após o fato, abrirá precedentes para que, qualquer indivíduo ajuíze demandas no judiciário com sua pretensão prescrita, bastando apresentar um novo laudo do IML, alegando que sua ciência se deu nesta data.

Ademais, não é crível nem verossímil que, após ter sofrido um acidente que resultou graves lesões e sequelas permanentes, conforme alega o Requerente, após o decurso de tanto tempo é que tenha se dado conta do verdadeiro efeito das lesões sofridas e suas consequências.

Diante do exposto, e por tudo mais que dos autos consta, irremediável a não aplicação da súmula 278 do STJ, por ser razão da mais lídima justiça!

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Nota-se que o i. perito utilizou 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 fixada o quantum indenizatório.

Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

ITABAIANA, 24 de outubro de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477