



Número: **0823075-62.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição: **08/05/2017**

Valor da causa: **R\$ 13365,0**

Assuntos: **SEGURO, ACIDENTE DE TRÂNSITO, SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	
Tipo	Nome
ADVOGADO	IGOR GUSTAVO DE LIMA LOPES
RÉU	SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS S/A
AUTOR	VALDERI MENDONCA DA SILVA
ADVOGADO	FILLIPE WILLIAM ARCO VERDE MEDEIROS DE PAIVA

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
76927 83	08/05/2017 15:00	2.PROCURAÇÃO
76927 85	08/05/2017 15:00	3.DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA
76927 98	08/05/2017 15:00	5.COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
76927 99	08/05/2017 15:00	6. ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL
76927 97	08/05/2017 15:00	7.CARTÃO DE VISITA - AO HOSPITAL DO TRAUMA-otimizado 1
76927 95	08/05/2017 15:00	8.LAUDO MÉDICO-otimizado 1
76928 04	08/05/2017 15:00	9.LAUDO MÉDICO - PARTE 3
76928 05	08/05/2017 15:00	10.LAUDO MÉDICO - PARTE 2
76928 07	08/05/2017 15:00	11.LAUDO MÉDICO-otimizado 2
76928 03	08/05/2017 15:00	12.ULTRASSONOGRAFIA DO ABDÔMEN TOTAL
76928 02	08/05/2017 15:00	13.COMPROVANTE DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO
76928 00	08/05/2017 15:00	14.RECIBO DE PAGAMENTO DPVAT - 135,00
76927 93	08/05/2017 15:00	4.DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
79386 05	23/05/2017 12:35	Petição DE JUNTADA
79387 78	23/05/2017 12:35	BOLETIM DE OCORRÊNCIA
10679 146	09/11/2017 23:26	REQUERIMENTO DE IMPULSIONAMENTO DO PROCESSO

14660 528	05/06/2018 22:48	<u>REQUERIMENTO PARA QUE SEJA DADA CELERIDADE AO PROCESSO</u>	Petição
15326 893	16/07/2018 16:57	<u>Despacho</u>	Despacho
15457 507	19/07/2018 21:31	<u>TOMADA DE CIÊNCIA - PRESTAÇÃO DE INFORMAÇÕES</u>	Petição
16802 548	25/09/2018 15:34	<u>Substabelecimento</u>	Substabelecimento
16802 602	25/09/2018 15:34	<u>Fillipe William OAB 20218</u>	Substabelecimento
16803 143	25/09/2018 15:47	<u>Alteração de endereço do autor e cadastro de advogado</u>	Petição

**IGOR GUSTAVO DE LIMA LOPES
ADVOGADO
OAB/PB 20.076**

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: VALDERI MENDONÇA DA SILVA, brasileiro, casado, piscineiro, portador do RG nº 12722716 – SSP/PB, CPF nº 567.699.084-04, residente e domiciliado na Rua João de Brito Lima Moreira, nº 712, APTO 105, Bairro Alto do céu, CEP 58027-070, João Pessoa – PB.

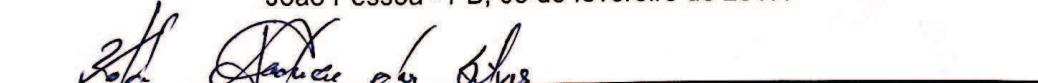
OUTORGADOS: Dr. **IGOR GUSTAVO DE LIMA LOPES**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob nº 20.076 e Dr. **MESSIAS BOAVENTURA DE SOUSA MANOEL**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 15.549, ambos com endereço profissional na Rua Joaquim Carneiro de Mesquita, nº 62, Bairro Manaíra, Cidade de João Pessoa - PB.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula ad judicia et extra, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes para, em nome do outorgante, **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica.** (Em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15)

Os poderes específicos acima outorgados **poderão** (ou não poderão) ser substabelecidos.

João Pessoa - PB, 03 de fevereiro de 2017.



**VALDERI MENDONÇA DA SILVA
RG Nº 12722716**

Endereço Profissional: Rua Joaquim Carneiro de Mesquita, nº62, Bairro Manaíra, CEP 58038-560.
Telefone: (83)9 99216166 / (83)9 88392723. Correio Eletrônico igorlopes.adv@outlook.com.

Scanned by CamScanner

Declaração de Hipossuficiência Financeira

Eu, **VALDERI MENDONÇA DA SILVA**, brasileiro, casado, piscineiro, portador do RG nº 12722716 – SSP/PB, CPF nº 567.699.084-04, residente e domiciliado na Rua João de Brito Lima Moreira, nº 712, APTO 105, Bairro Alto do céu, CEP 58027-070, João Pessoa – PB, declare que, em razão de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo, na forma do art. 98 do Código de Processo Civil.

João Pessoa, 03 de fevereiro de 2017.



Declarante

Endereço Profissional: Rua Joaquim Carneiro de Mesquita, nº62, Bairro Manaíra, CEP 58038-560. **Telefone:** (83)9 99216166 / (83)9 88392723. **Correio Eletrônico:** igorlopes.adv@outlook.com.

Scanned by CamScanner

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

71366512

N. OSP

8754339

NOTIFICAÇÃO DE DEBITO

VALESKA LEONCIO DA SILVA
RUA JOAO DE BRITO L MOURA 712 - AP/105
ALTO DO CEU
JOAO PESSOA

58027- 070

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público
001.53.050.0197	105	1	0	0	0
Hidrômetro Y15N235484	Data de Instalação 14/04/2015	Localização 3	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto FACTIVEL	

Consta(m) em nosso(s) registro(s) pendencia(s) de pagamento de contas anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendencia(s) sujeita(m) o imóvel a suspensão do fornecimento de água. Se o débito já estiver pago, há mais de 5 dias, desconsidere este aviso.

Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou call center (115) gratuito.

REFERENCIA CONTA	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
MAI/2015	01/06/2015	128.64
JUL/2015	01/08/2015	48.47
AGO/2015	01/09/2015	85.97
SET/2015	05/10/2015	247.93
OUT/2015	28/10/2015	139.05
NOV/2015	28/11/2015	180.73
DEZ/2015	28/12/2015	163.29
JAN/2016	28/01/2016	163.29
FEV/2016	28/02/2016	198.76

EMISSÃO: 16/03/2016 | Total a Pagar: R\$1.356,13

v. 15.7 R. 1.0

MATRÍCULA 71366512	N. OSP 8754339	EMISSÃO 16/03/2016	TOTAL A PAGAR 1.356,13
-----------------------	-------------------	-----------------------	---------------------------

82690000013-2 56130010900-7 71366512008-3 75433900000-4



MATRÍCULA	N. OSP	EMISSÃO	TOTAL A PAGAR
71366512	8754339	16/03/2016	R\$1.356,13

RECEBI A NOTIFICAÇÃO REFERENTE AO(S) DEBITO(S) ACIMA RELACIONADO(S)
VALESKA LEONCIO DA SILVA DATA: 16/03/2016
RUA JOAO DE BRITO L MOURA 712 - AP/105 HORÁRIO: 12:36:57

INSCRIÇÃO: 001.53.050.0197 ASS:

Scanned by CamScanner



MEDICINA DO TRABALHO LTDA

EMPRESA SOLICITANTE

Humanizando o Trabalho

REGISTRO DA EMPRESA

IDENTIDADE E ÓRGÃO EXPEDIDOR

1272.716

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL ASO

TIPO DE EXAME:

- ADMISSIONAL
- PERIÓDICO
- DEMISSIONAL
- MUDANÇA DE FUNÇÃO
- RETORNO AO TRABALHO
- DOENÇA OCUPACIONAL

tem

não tem

Atesto, para cumprimento do que determina a Norma Regulamentadora nº 7, (NR - 7) Portaria nº 24, de 29.12.94 que exame clínico realizado o(a) Sr.(a)

Valderi Mendonça da Silva

Condições de saúde compatíveis com a normalidade, para a função de:

Eletror.

Foi considerado (a):

APTO

INAPTO TEMPORARIAMENTE

INAPTO

DOENÇA PROFISSIONAL/DO TRABALHO

RESTRIÇÕES

TELERADIOGRAFIA

Exames complementares realizados em:

*_____ / _____ - _____
_____ / _____ - _____
_____ / _____ - _____*

Foi clinicamente examinado, estando exposto aos seguintes Riscos Ocupacionais:

Agentes Físicos:
 Agentes Químicos: *Resina, 5-bis, 2-fenil-1,1-*
 Agentes Biológicos:
 Ergonômicos: *Posto de trabalho*
 Acidentes: *_____ / 03*
 Ausência de Risco Específicos: _____

Uso de E.P.I.(s) Sim Não

Observações:

Este exame deverá ser realizado com a frequência de: *12 meses*

Recebi a cópia do ASO em *16/08/16*

Assinatura do empregado

Data do Exame: *16/08/16*

Dr. Arlington Mesquita Cavalcanti
Médico do Trabalho
CRM: 5803881

Av. Senador Rui Carneiro, 148 - Sala 01 - Tambauzinho - CEP: 58038-881
Fone/Fax: (83) 3225-5857 / 3244-2432 - João Pessoa - Paraíba

1ª VIA - EMPRESA

2ª VIA - FUNCIONÁRIO

3ª VIA - MEDWORK

Scanned by CamScanner



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Valdeci Mendonça

DATA DO ATENDIMENTO: ____ / ____ / ____

Nº PRONTUÁRIO: _____ FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): _____

DIAGNÓSTICO: _____

PROCEDIMENTO: _____

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
14.06		07:00	
16.08	Dr. Severino	07:00	

Scanned by CamScanner

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Valderi Mendonça da Silva
DATA DE NASCIMENTO 03/02/70
NOME DA MÃE Maria de Lourdes Mendonça da Silva

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 913999
DATA DO ATENDIMENTO 17/04/16
HORA DO ATENDIMENTO 20:16
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de 5º metacarpo esquerdo
CID 10 S62.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de queda de moto, com queixa de dor em punho, joelho e pé esquerdos, Glasgow 15. Avaliado pela Traumatologia.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX mão E, punho E, joelho e pé E.

USG do abdômen total.

RESULTADOS DOS EXAMES:

RX, fratura de 5º metacarpeano E.

USG normal.

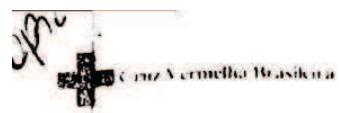
TRATAMENTO:

1º atendimento + tratamento conservador da fratura.

ALTA HOSPITALAR: 17/04/16
DATA DA EMISSÃO: 07/07/16

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



ACOLHIMENTO, an -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 913999



Identificação do paciente

ID 1026530	Nome VALDERI MENDONCA DA SILVA	Sexo Masculino		
Data de nascimento 03/07/1970	Idade 45 anos 9 meses 14 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mae MARIA DE LOURDES MENDONCA DA SILVA	Pai NAO INFORMADO			
Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) O MESMO			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986174781	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns		
Localide procedência PB 008	UF BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58027695	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOÃO DE BRITO LIMA MOURA
Número SN	Complemento	Bairro ALTO DO CÉU	

Admissão

Data e Hora Prevista 17/04/2016 20:16:22	Número da pulseira 1000004901494	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou AMB BOMBEIROS		

Sinais Vitais

PA X	mmHg	P脉	Temperatura
---------	------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico

CID

Atendido por
ROBERTA DE CASSIA SILVA BONATES

Tempo
02min 44seg

Imprimir

27/04

Scanned by CamScanner



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: VALDENI MENDONÇA DA SILVA
BE: 913999

DATA: 26/4/2016 10:18

DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: 17/04/2016.

RX. MÃO ESQUERDA AP E OB
FRATURA NO QUINTO METACARPEANO.

RX. PUNHO ESQUERDO AP E P
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA.

RX. PÉ ESQUERDO AP E OB
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA.

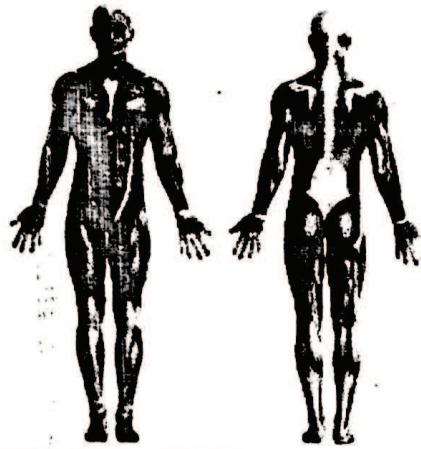
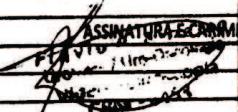
RX. JOELHO AP E P
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA

*Exame(s) realizado(s) com limitações técnicas por ter sido feito em caráter de
urgência/emergência.
Obs.: Sugerimos correlação clínica e laboratorial.*

18

Caio
DR. CAIO MARIO MEDEIROS
RADIOLOGISTA CRM 3645

Scanned by CamScanner

ME SECUNDÁRIO				
ALERGIA:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:			
MEDICAMENTOS:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:			
IMUNIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:			
PATOLOGIA	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:			
ALIMENTOS INGERIDOS:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim:			
LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado → 			
	1 Abrasão 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Efisema subcutâneo 10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corto-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante 19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Ingurgitamento Nervoso 23 Laceração 24 Lesão Tendínea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encravado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Paresia 32 Parestesia 33 Queimadura 34 Rinorragia 35 Sinais de Isquemia 36			
OBS.:				
QUEIMADURA:				
Superfície corporal lesada (regra da palma%)	% Graus de queimadura:	<input type="checkbox"/> 1º grau	<input type="checkbox"/> 2º grau	<input type="checkbox"/> 3º grau
EXAMES SOLICITADOS				
<input type="checkbox"/> Radiografias	<input type="checkbox"/> Lavado peritoneal			
<input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST)	<input type="checkbox"/> Gasometria arterial			
<input type="checkbox"/> Tomografia computadorizada	<input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea			
PROCEDIMENTOS REALIZADOS				
CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA/CRIMBO		
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO				
Solicito parecer da	às : do dia / /			
Solicito parecer da	às : do dia / /			
DESTINO DO PACIENTE				
DATA	<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico			
DA	<input type="checkbox"/> Transferência (unidade de saúde)			
SAÍDA	<input type="checkbox"/> Internado (setor)			
HORAS:	<input type="checkbox"/> Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Decisão médica <input type="checkbox"/> A pedido <input type="checkbox"/> A revália <input type="checkbox"/> Desistência			
	<input type="checkbox"/> Até 48 hs. <input type="checkbox"/> Após 48 hs. <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> SVO			
Dr. Tomás Gomes Peréio Prof. de Medicina e Traumatologia Interno de Pediatria 17050800555488400000007539624 ASSINATURA/CARIMBO				
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL				
F(NG).CC.001-1				

Scanned by CamScanner

Primeiro Atendi

1000024981494 BE.: 913999
 VALDÉRIO MENDONÇA DA SILVA
 DT. NASC.: 03/07/1978
 MRE: MARIA DE LOURDES MENDONÇA DA SILVA
 END.: JOÃO DE BRITO LIMA MOURA
 N. SN - ALTO DO C. B.
 JORO PESSOA
 FONE: (83) 386174781
 ID. CELULAR: (83) 986174781
 IDADE: 45
 DT. ENTRADA: 17/04/2016 20:16:22

HELTSEL

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

DATA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Pelos raios do guarda-chuva de moto, no dia das
 em MIE, 17/04/2016

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS Pêndulas Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: Sim Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUÉIA NA LINHA MEDIANA Sim Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA Sem dificuldade
 Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

APNÉIA

AUSCULTAÇÃO PULMONAR:

1- MURMURÍO VESICULAR

HTD: Presente e normal
 Rude
 Diminuído
 Ausente

HTE: Presente e normal
 Rude
 Diminuído
 Ausente

2- RONCOS

HTD: sim
 Não

HTD: Roncos
 Sibilos
 Estertores

HTE: Roncos
 Sibilos
 Estertores

FR:

imp

SaO₂ %

CIRCULAÇÃO

COR DA PELE:

Normal Pálida Cianótica

Pletórica Ictérica

Normal Quente Fria

Normal Aumentado

Fino Ausente

AUSCULTAÇÃO CARDÍACA

RÍTMO

Regular Irregular Ausente

BULHAS

Normatonéticas Hipofonéticas

Hipofonéticas Ausente

SOPRO

Presente Ausente

BE OU B4

Sim Não

FC: ____ bpm PA: ____ X mmHg T: ____ °C

ECG:

ABDOMEN:

Envolto

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: Fotorreagente Paralisadas Isocôricas Anisocôricas (diferença = ____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA
Spontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5
À solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2
		Nenhuma / Nenhuma	1
			Extensão Anormal (decerebração)
			Nenhuma
			1

Scanned by CamScanner



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
CENTRO DE IMAGEM

NOME: VALDERI M DA SILVA

BE: 913999

DATA: 17/04/2016 21:18:18

ULTRASSONOGRAFIA DO ABDOME TOTAL – FAST

***** Exame realizado em caráter de urgência/ emergência.**

Não há evidência de líquido livre na cavidade abdominal.

Demais órgãos abdominais sem alterações ecográficas significativas detectáveis no presente estudo.



Dra. Danielle Cervalho de Sá Pereira
CRM 6088

Nota: As informações contidas neste laudo representam a impressão diagnóstica através da interpretação das imagens obtidas. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais aprofundada. Deve-se ainda considerar o fato do exame ter sido realizado em condições de urgência / emergência, muitas vezes prejudicando o adequado posicionamento e preparo do paciente diante de suas limitações clínicas.

Scanned by CamScanner

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12390063987

Número do Benefício: 6142316554

Espécie: 31

Número do Requerimento: 173015337

Ao Sr.(a): VALDERI MENDONCA DA SILVA

Endereço: RUA JOAO DE BRITO LIMA MORAES, ALTO DO CEU MANDACARU

CEP: 58027695

Município: JOAO PESSOA

UF: PB

Assunto: Pedido de Prorrogação de Auxílio Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de incapacidade laborativa

Fundamentação Legal: Art.59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Prorrogação do Auxílio-Doença, apresentado no dia 16/06/2016, informamos que foi reconhecido o direito a prorrogação do benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi prorrogado até 14/08/2016

Se nos 15(quinze) dias finais até a data de cessação do benefício 14/08/2016, V. Sa. ainda se considerar incapaz para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de outro Pedido de Prorrogação.

A partir de 14/08/2016 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Pedido de Reconsideração ou Recurso a Junta de Recurso da Previdência Social.

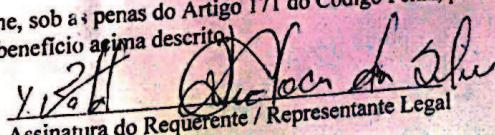
O requerimento do Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Data: 21 de julho de 2016

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

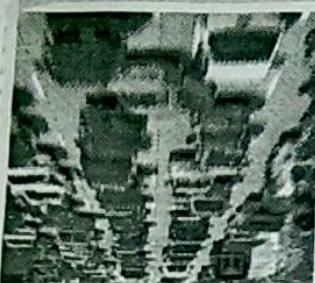
Agência da Previdencia Social: JOAO PESSOA TIMBAUZINHO
Endereço: RUA JUIZ OVIDIO
GOUVEIA, S/N JOAO PESSOA PB, PEDRO GONDIM
UF: PB
Município: JOAO PESSOA
CEP: 58031030

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 21 de julho de 2016


Assinatura do Requerente / Representante Legal

sabia +

Seguradora Líder - DPVAT



O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga a Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Como se vê, trata-se de um seguro ambientalmente social.

Seguro DPVAT - Proteção para todos



Seguradora Líder • DPVAT



Correios
R\$ 01,70
03 11 16 - 10:27
CARTA
SERIADO 3500

VALDERI MENDONCA DA SILVA
RUA ARCONCIO PEREIRA DA SILVA, 712/105
MANDACARU
CEP 58027546 - JOÃO PESSOA - PB

DEVOLUGA Seguradora Líder - DPVAT
www.dpvatseguradoratransito.com.br
CEP: 20.270-971
CIA/CA POSTAL 40.970

Responsável pela Informação

Para uso dos correios

Mandado
Desconhecido
Endereço insuficiente
Não existe o nº indicado
Ausente
Falso endereço
Falso endereço
Nº de protocolo
Prazo
Portaria
Entregador

www.dpvatseguradoratransito.com.br

Seguradora Líder - DPVAT

CEP: 20.270-971

www.dpvatseguradoratransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04

Entre em contato conosco

Scanned by CamScanner

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2016

Carta nº: 9960178

A/C: VALDERI MENDONCA DA SILVA

Sinistro: 3160598741 ASL-1085459/16
Vítima: VALDERI MENDONCA DA SILVA
Data Acidente: 17/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: VALDERI MENDONCA DA SILVA

Valor: R\$ 135,00

Banco: 104

Agência: 000000036

Conta: 0000063718-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	135,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Complemento por reanálise 5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (5% de 10%) 0,50%

Valor a Indenizar: 0,50% x 13.500,00 =

R\$ 135,00

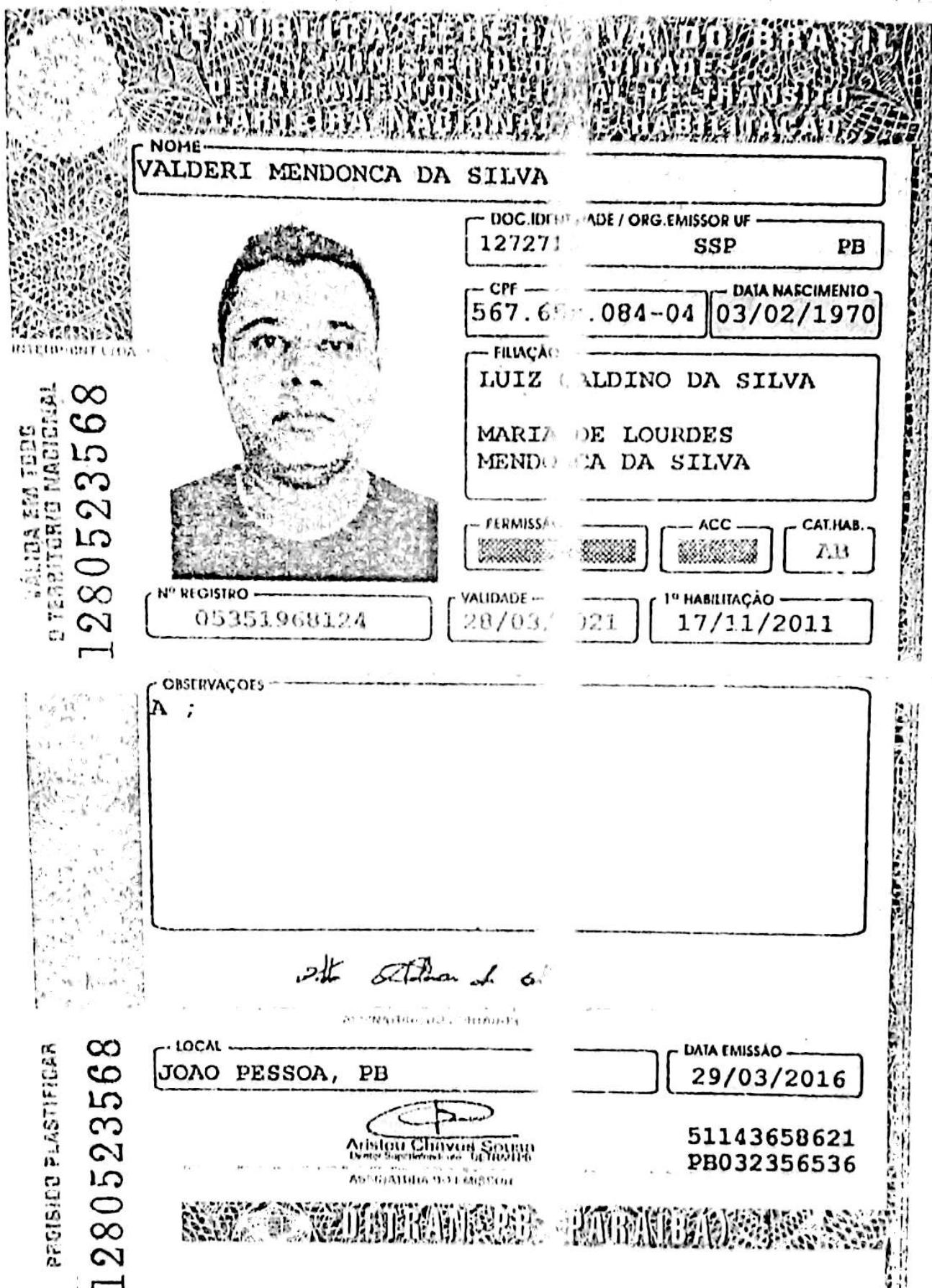
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Scanned by CamScanner



Scanned by CamScanner

**EXCELENTEÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 1^a VARA CÍVEL DE JOÃO
PESSOA - PB.**

Processo nº 082230755-62.2017.8.15.2001

VALDERI MENDONÇA DA SILVA, já qualificado nos autos do processo em epígrafe, em que contende com **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRICIOS S/A**, vem respeitosamente perante vossa Excelência, por intermédio de seu advogado adiante assinado, requerer a juntada de Boletim de Ocorrência, para que produza os jurídicos e legais efeitos.

Termos em que,

Pede Deferimento.

João Pessoa (PB), 23 de maio de 2017.

IGOR GUSTAVO DE LIMA LOPES

OAB/PB 20.076

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Especializada De Acidentes De
Veículos Da Capital



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 01409.01.2016.1.02.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01409.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 29 dias do mês de Julho de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **SEVERINO DIAS DE LIMA**, Agente De Investigacao, às 16:38 horas, compareceu **VALDERI MENDONÇA DA SILVA**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão ZELADOR, naturalidade João Pessoa, data de nascimento 03 de Fevereiro de 1970, idade 46, filiação MARIA DE LOURDES MENDONÇA DA SILVA e LUIZ GALDINO DA SILVA, Documento - CPF: 567.659.084-04, residente RUA. JOÃO DE BRITO LIMA MOURA,712, Mandacaru, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98617-4781

DADO(S) DO(S) FATO(S)

Ocorrência 1

Data/Hora do Fato: 17/04/16 18:30

Tipo do Local: VIA FORA DO PERÍMETRO URBANO (RODOVIA, ESTRADA, ETC)

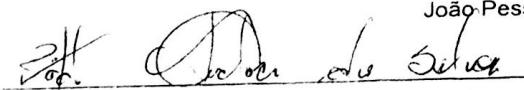
Local do Fato: [NÃO INFORMADO], Jacarapé, João Pessoa - PB

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 17/04/16, por volta das 18:30 horas, quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG 150 FAN ESDI, ano 2015, de cor preta, de placa QFJ 0908/PB, chassi nº 9C2KC1680FR598490, registrada em nome de HALIDIANE DOS SANTOS SILVA, pela BR 008, próximo a ACADEPOL, nesta capital, após passar por um buraco, perdeu o controle de direção caindo ao solo, e em decorrência desse fato, veio a sofrer Fratura de 5º metacarpo esquerdo, sendo conduzido ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé

João-Pessoa (PB) 29 de Julho de 2016


VALDERI MENDONÇA DA SILVA

Noticiante


SEVERINO DIAS DE LIMA

Agente De Investigacao

Scanned by CamScanner

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 1^a VARA CÍVEL DE JOÃO PESSOA, ESTADO DA PARAÍBA.

Processo nº: 0823075-62.2017.8.15.2001

VALDERI MENDONÇA DA SILVA, já qualificado nos autos do processo em epígrafe, em que contende com a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS S/A**, também qualificada, por seu procurador infra-assinado, vem a presença de Vossa Excelência requerer:

1. O prosseguimento do feito, tendo em vista a ausência de impulsionamento do processo, que está sem movimentação há MAIS DE 4 MESES, estando o processo concluso há mais de 120 (cento e vinte dias);

2. Deste modo, o autor ratifica todos os atos anteriormente praticados, requerendo o deferimento do pedido acima apresentado, para que seja preservado o Princípio Constitucional da Razoável Duração do Processo, insculpido no art. 5º, inciso LXXVIII da Carta Magna de 1988.

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

João Pessoa (PB), 09 de novembro de 2017.

IGOR GUSTAVO DE LIMA LOPES

OAB/PB 20.076

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 1^a VARA CÍVEL DE JOÃO PESSOA, ESTADO DA PARAÍBA.

Processo nº: 0823075-62.2017.8.15.2001

VALDERI MENDONÇA DA SILVA, já qualificado nos autos do processo em epígrafe, em que contende com a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS S/A**, também qualificada, por seu procurador infra-assinado, vem a presença de Vossa Excelência requerer:

1. O prosseguimento do feito, tendo em vista a ausência de impulsionamento do processo, que está sem movimentação há MAIS DE 6 MESES, estando o processo concluso há mais de 120 (cento e vinte dias);

2. Deste modo, o autor ratifica todos os atos anteriormente praticados, requerendo o deferimento do pedido acima apresentado, para que seja preservado o Princípio Constitucional da Razoável Duração do Processo, insculpido no art. 5º, inciso LXXVIII da Carta Magna de 1988.

Nestes Termos,

Pede Deferimento.

João Pessoa (PB), 05 de junho de 2018.

IGOR GUSTAVO DE LIMA LOPES

OAB/PB 20.076



**Poder Judiciário da Paraíba
1ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM (7) 0823075-62.2017.8.15.2001

DESPACHO

Vistos, etc.

Defiro a gratuidade processual.

Nas ações de cobrança de DPVAT, dificilmente ocorre acordo antes de realizada a perícia, a audiência de conciliação pode ser postergada para momento posterior ao da perícia, fazendo-se adaptações no procedimento que conduzam à máxima efetividade dos atos processuais e à maior celeridade do processo.

Assim, deixo de marcar audiência prévia de conciliação.

Cite-se e intime-se a parte ré. O prazo para contestação (de quinze dias úteis) será contado a partir da realização da audiência. A ausência de contestação implicará revelia e presunção de veracidade da matéria fática apresentada na petição inicial. A presente citação é acompanhada de senha para acesso ao processo digital, que contém a íntegra da petição inicial e dos documentos. Tratando-se de processo eletrônico, em prestígio às regras fundamentais dos artigos 4º e 6º do CPC fica vedado o exercício da faculdade prevista no artigo 340 do CPC.

Considerando que a parte autora ajuizou a presente ação sem se submeter previamente à perícia médica através do IML, inexistindo nos autos documento que ateste a existência da invalidez permanente e/ou extensão da lesão, bem como que a rotina judiciária vem nos mostrando que a transação em ações que buscam o pagamento ou complementação de seguro Dpvat somente se realiza após a realização de perícia médica, com fulcro no art. 139, inciso VI, do CPC, determino que seja procedida a perícia médica judicial, cuja realização fica condicionada a anuência da parte em se submeter a ela, nos termos do convênio do Tribunal de Justiça com a Seguradora Líder.

Para tanto, nomeio o médico **Dr. Antonio Vituriano de Abreu, telefones (83) 99996-1529, (83) 3034-6219, e-mail: antoniovituriano@outlook.com.** perito nos presentes autos.

Intime-se a Seguradora Líder para efetuar o pagamento dos honorários periciais, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), comprovando-o até a data da audiência e perícia ora designada.

Não se realizando o depósito, serão considerados verdadeiros, salvo prova documental em contrário, os fatos aduzidos na inicial, pertinentes às lesões e sequelas sofridas pelo autor.

Após, intime-se o perito nomeado para dizer dia, hora e local para a realização do exame clínico para fins de perícia, que deve ser aprazado com antecedência de 60 dias, e fixando o prazo de 20 (vinte dias) para a entrega do laudo, a contar da data do exame clínico.

Desde já, formulo os seguintes quesitos: 1- Quais as lesões sofridas pelo autor? 2- As lesões decorreram de acidente de veículo? 3- Essas lesões tornam algum membro ou função deficiente? 4- Totalmente ou em parte? 5 Em que percentual? 6- Das lesões resulta incapacidade para o trabalho ou incapacidade fisiológica? 7- A incapacidade é temporária ou permanente? 8- Das lesões resultam redução da capacidade laboral ou fisiológica? 9- A incapacidade, se parcial, é completa em relação à parte do corpo afetada ou é incompleta? 10- No caso de invalidez parcial incompleta, a repercussão da lesão é intensa (75% ou mais), média (50%), leve (25%) ou residual (10% ou menos)? Os quesitos a serem respondidos são os constantes do laudo pericial adotado pelo Núcleo de Conciliação e Mediação do TJPB.

Intime-se a parte ré para indicar assistente técnico e apresentar outros quesitos diferentes dos formulados por este juízo, no prazo de contestação. A parte autora já teve tal oportunidade na inicial. Os quesitos devem ser apresentados em duas vias para serem entregues em secretaria, além da via de protocolo do advogado, sendo uma via para ficar no processo e outra via para ser remetida ao perito. Após apresentado o laudo, intimem-se as partes para se pronunciarem sobre o mesmo, no prazo comum de 10 (dez) dias e informarem se têm interesse em audiência de conciliação, bem como expeça-se alvará para levantamento dos honorários periciais. Solicitada por ambas as partes audiência de conciliação, a secretaria apraze a audiência. Se somente uma parte ou nenhuma requerer a realização de audiência de conciliação, e cumpridas as diligências acima determinadas, tragam-me conclusos para sentença.

Intime-se a parte autora, pessoalmente, e através de seu advogado, podendo este requerer que a intimação se dê através de endereço eletrônico, devendo para tanto, informá-lo em até cinco dias (art. 319, inciso II, do CPC).

Cumpra-se

JOÃO PESSOA, 12 de julho de 2018.

Juiz(a) de Direito

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 1^a VARA CÍVEL DE JOÃO PESSOA - PB.

Processo nº 082230755-62.2017.8.15.2001

VALDERI MENDONÇA DA SILVA, já qualificado nos autos do processo em epígrafe, em que contende com **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRICIOS S/A**, vem respeitosamente perante vossa Excelência, por intermédio de seu procurador, infra assinado, tendo tomado ciência do despacho contido no id. de nº 15326893, informar a respeito de sua anuênciam em se submeter ao procedimento de perícia médica judicial.

Termos em que,

Pede Deferimento.

João Pessoa (PB), 19 de julho de 2018.

IGOR GUSTAVO DE LIMA LOPES

OAB/PB 20.076

Anexo

IGOR GUSTAVO DE LIMA LOPES
Advogado

SUBSTABELECIMENTO

Substabeleço, com reserva, na pessoa do advogado **FILLIPE WILLIAM ARCO VERDE MEDEIROS DE PAIVA**, brasileiro, solteiro, OAB/PB 20.218, com endereço profissional na Av. Almirante Barroso, 438, SALA 101 – Empresarial Newton Almeida – Centro, João Pessoa – PB, os poderes que me foram conferidos pela outorgante **VALDERI MENDONÇA DA SILVA**, para representá-lo nos autos do Processo n.º 0823075-62.2017.8.15.2001, em trâmite perante a 1ª Vara Cível da Comarca de João Pessoa (PB), conforme procuração encartada às fls. dos autos em apreço.

João Pessoa (PB), 25 de setembro de 2018.


IGOR GUSTAVO DE LIMA LOPES
OAB/PB 20.076

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 1^a VARA CÍVEL DE JOÃO
PESSOA - PB.**

Processo nº 082230755-62.2017.8.15.2001

VALDERI MENDONÇA DA SILVA, já qualificado nos autos do processo em epígrafe, em que contende com **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRICIOS S/A**, vem respeitosamente perante vossa Excelênci, por intermédio de seu advogado adiante assinado, requerer a alteração do seu endereço residencial para o que se segue: **Rua Martins Afonso de Sousa, nº 145, bairro de Mandacaru - Alto do Céu, João Pessoa - PB.**

Em ato contínuo, requer-se o cadastro do advogado substabelecido em movimentação imediatamente anterior: Fillipe William Arco Verde Medeiros de Paiva, OAB 20.218 PB.

Termos em que,

Pede Deferimento.

João Pessoa (PB), 25 de setembro de 2018.

FILLIPE WILLIAM A V M PAIVA

OAB/PB 20.218