



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	Tipo
7692783	08/05/2017 15:00	<a href="#">2.PROCURAÇÃO</a>	Procuração
7692785	08/05/2017 15:00	<a href="#">3.DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA</a>	Documento de Comprovação
7692798	08/05/2017 15:00	<a href="#">5.COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA</a>	Documento de Comprovação
7692799	08/05/2017 15:00	<a href="#">6. ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL</a>	Documento de Comprovação
7692797	08/05/2017 15:00	<a href="#">7.CARTÃO DE VISITA - AO HOSPITAL DO TRAUMA-otimizado 1</a>	Documento de Comprovação
7692795	08/05/2017 15:00	<a href="#">8.LAUDO MÉDICO-otimizado 1</a>	Documento de Comprovação
7692804	08/05/2017 15:00	<a href="#">9.LAUDO MÉDICO - PARTE 3</a>	Documento de Comprovação
7692805	08/05/2017 15:00	<a href="#">10.LAUDO MÉDICO - PARTE 2</a>	Documento de Comprovação
7692807	08/05/2017 15:00	<a href="#">11.LAUDO MÉDICO-otimizado 2</a>	Documento de Comprovação
7692803	08/05/2017 15:00	<a href="#">12.ULTRASSONOGRAFIA DO ABDÔMEN TOTAL</a>	Documento de Comprovação
7692802	08/05/2017 15:00	<a href="#">13.COMPROVANTE DE REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO</a>	Documento de Comprovação
7692800	08/05/2017 15:00	<a href="#">14.RECIBO DE PAGAMENTO DPVAT - 135,00</a>	Documento de Comprovação
7692793	08/05/2017 15:00	<a href="#">4.DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO</a>	Documento de Identificação
7938605	23/05/2017 12:35	<a href="#">Petição DE JUNTADA</a>	Petição
7938778	23/05/2017 12:35	<a href="#">BOLETIM DE OCORRÊNCIA</a>	Documento de Comprovação
10679146	09/11/2017 23:26	<a href="#">REQUERIMENTO DE IMPULSIONAMENTO DO PROCESSO</a>	Petição

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

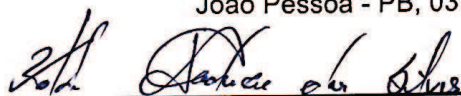
**OUTORGADOS:** Dr. **IGOR GUSTAVO DE LIMA LOPES**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob nº 20.076 e Dr. **MESSIAS BOAVENTURA DE SOUSA MANOEL**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 15.549, ambos com endereço profissional na Rua Joaquim Carneiro de Mesquita, nº 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](mailto:igorlopes.adv@outlook.com).

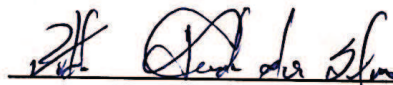
Scanned by CamScanner

**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, declaro 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](mailto: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 DÉBITO

VALESKA LEONCIO DA SILVA  
RUA JOAO DE BRITO L MOURA 712 - AP/105  
ALTO DO CEU 58027-070  
JOAO PESSOA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
001.53.050.0197	105	1	0	0	0	71366512
Hidrômetro Y15N235484	Data de Instalação 14/04/2015	Localização 3	Situação Água LIGADO	Situação Esgoto FACTIVEL		

Consta(m) em nosso(s) registro(s) pendência(s) de pagamento de contas anterior(es). Conforme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendência(s) sujeita(m) o imóvel a suspensão do fornecimento de água. Se o débito já estiver sido 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) DÉBITO(S) ACIMA RELACIONADO(S)  
VALESKA LEONCIO DA SILVA  
RUA JOAO DE BRITO L MOURA 712 - AP/105  
DATA: 16/03/2016  
HORA: 12:36:57

INSCRIÇÃO: 001.53.050.0197 ASS: \_\_\_\_\_

Scanned by CamScanner





MEDICINA DO TRABALHO LTDA

EMPRESA SOLICITANTE

Humanizando o Trabalho

ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL **ASO**

Card Resid. Neopolis

TIPO DE EXAME:

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

REGISTRO DA EMPRESA

IDENTIDADE E ÓRGÃO EXPEDIDOR

DATA EXP.

1272.716

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)

Valder Mendonça da Silva

tem ☒

não tem ☐

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

Valder

Foi considerado (a):

☒ APTO

☐ INAPTO TEMPORARIAMENTE

☐ INAPTO

DOENÇA PROFISSIONAL/DO TRABALHO

RESTRICÇÕES

☐ TELERADIOGRAFIA

Exames complementares realizados em:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ - \_\_\_\_

Foi clinicamente examinado, estando exposto aos seguintes Riscos Ocupacionais:

- ☐ Agentes Físicos: \_\_\_\_\_  
☒ Agentes Químicos: Resíduo Sólido, Intermitente  
☐ Agentes Biológicos: \_\_\_\_\_  
☒ Ergonômicos: Postura Incômoda  
☐ Acidentes: Quedas  
☐ Ausência de Risco Específicos: \_\_\_\_\_

Uso de E.P.I.(s)  
Observações:

Sim ☒ Não ☐

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 / CRM

CRM 881

Av. Senador Rui Carneiro, 148 - Sala 01 - Tambauzinho - CEP: 58032-100  
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

Scanned by CamScanner



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

Scanned by CamScanner





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

## 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:

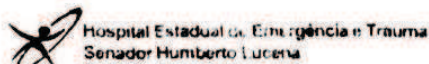
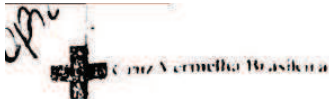
1º atendimento + tratamento conservador da fratura.

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





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

Boletim de Atendimento: 913999



R

### 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)
Mãe MARIA DE LOURDES MENDONCA DA SILVA	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Escolaridade NAO INFORMADO	Pai NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) O MESMO
DDD Móvel 83	Fone Móvel 986174781	DDD Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Fone Fixo
Local de procedência PB 068	Nº Cns	
Email	Tipo BAIRRO	UF PB
	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	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS

### Indicadores e Transporte

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

### Sinais Vitais

PA	Pulso	Temperatura
X		

### 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.

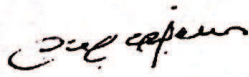
RX. PUNHO ESQUERDO AP E P  
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.  
AUSÊNCIA DE FRATURA.

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

  
DR. CAIO MARIO MEDEIROS  
RADIOLOGISTA CRM 3645

Scanned by CamScanner

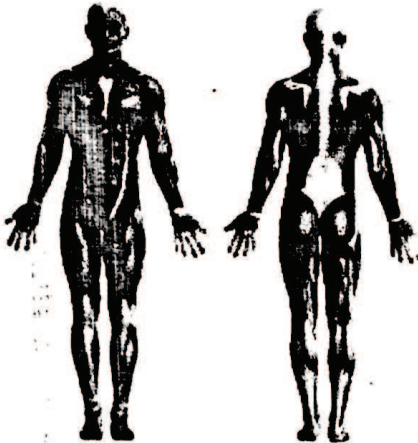


PRIMEIRO SECUNDÁRIO

ALERGIA: ( ) Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_  
 MEDICAMENTOS: ( ) Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_  
 IMUNIZAÇÃO ( ) Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_  
 PATOLOGIA ( ) Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_  
 ALIMENTOS INGERIDOS: ( ) Não ( ) Sim: \_\_\_\_\_

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado →



- |                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão              | 19 Fratura Óssea Fechada        |
| 2 Amputação            | 20 Fratura Óssea Aberta         |
| 3 Avulsão              | 21 Hematoma                     |
| 4 Contusão             | 22 Ingurgitamento Nervoso       |
| 5 Crepitação           | 23 Laceração                    |
| 6 Dor                  | 24 Lesão Tendínea               |
| 7 Edema                | 25 Luxação                      |
| 8 Empalamento          | 26 Mordedura                    |
| 9 Efisema subcutâneo   | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento         | 28 Objeto Encravado             |
| 11 Equimose            | 29 Otorragia                    |
| 12 F. Arma Branca      | 30 Paralisia                    |
| 13 F. Arma de Fogo     | 31 Paresia                      |
| 14 F. Contuso          | 32 Parestesia                   |
| 15 F. Cortante         | 33 Queimadura                   |
| 16 F. Corto-Contuso    | 34 Rinorragia                   |
| 17 F. Perfuro-Contuso  | 35 Sinais de Isquemia           |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36                              |

OBS.: \_\_\_\_\_

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) \_\_\_\_\_ % Graus de queimadura: ( ) 1º grau ( ) 2º grau ( ) 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- |                                |                         |
|--------------------------------|-------------------------|
| ( ) Radiografias               | ( ) Lavado peritonial   |
| ( ) Ultrassonografia (FAST)    | ( ) Gasometria arterial |
| ( ) Tomografia computadorizada | ( ) Tipagem sanguínea   |

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA E CARIMBO
1	Atendimento		
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: \_\_\_\_\_  
 SAÍDA: \_\_\_\_\_  
 HORAS: \_\_\_\_\_

( ) Centro cirúrgico  
 ( ) Transferência (unidade de saúde) \_\_\_\_\_  
 ( ) Internado (setor) \_\_\_\_\_  
 ( ) Alta hospitalar ( ) Decisão médica ( ) A pedido ( ) A revalia ( ) Desistência  
 ( ) Obito ( ) Até 48 hs. ( ) Após 48 hs. ( ) Família ( ) JIML ( ) SVO

Dr. Toribio Gomes Pereira  
 Médico de Família e Comunidade  
 CRM 1650

ASSINATURA/CARIMBO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

F(NG).CC.001-1

Scanned by CamScanner



# Primeiro Atendimento

1800024921494 BE.: 913999  
 VALDEIR: MENDONÇA DA SILVA  
 DT. NASC.: 03/07/1978  
 PRE: MARIA DE LOURDES MENDONÇA DA SILVA  
 END.: JOÃO DE BRITO LIMA MOURA  
 N. SN - ALTO DO C. BU  
 JOÃO PESSOA  
 FONE: ( )  
 ID: 00000000000000000000000000000000  
 CELULAR: (81) 986174781  
 IDADE: 45  
 DT. ENTRADA: 17/04/2016 20:16:22

*[Handwritten signature]*  
 HZETSHL

## PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

DATA:

### DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

*Per Atm do quadro de trauma, refer: des  
 em MIE e furo*

### EXAME PRIMÁRIO

VIAS ☐ Pêrvias ☐ Obstruídas  
 AÉREAS  
 CERVICAL IMOBILIZADA: ☐ Sim ☐ Não  
 VENTILAÇÃO:  
 TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ☐ Sim ☐ Não  
 RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ☐ Sem dificuldade  
☐ Com dificuldade  
☐ VENTILAÇÃO MECÂNICA  
☐ APNÉIA  
 AUSCULTA PULMONAR:  
 1- MURMÚRIO VESICULAR  
 HTD: ☐ Presente e normal  
☐ Rude  
☐ Diminuído  
☐ Ausente  
 HTE: ☐ Presente e normal  
☐ Rude  
☐ Diminuído  
☐ Ausente  
 2- RÓSCOS  
☐ sim  
☐ Não  
 HTD: ☐ Roncos  
☐ Sibilos  
☐ Estertores  
 HTE: ☐ Roncos  
☐ Sibilos  
☐ Estertores  
 FR: \_\_\_\_\_ imp SaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ %

### CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ☐ Normal ☐ Pálida ☐ Cianótica  
☐ Pletórica ☐ Ictérica  
 TEMPERATURA DA PELE ☐ Normal ☐ Quente ☐ Fria  
 PULSO ☐ Normal ☐ Aumentado  
☐ Fino ☐ Ausente  
 AUSCULTA CARDÍACA  
 RÍTIMO ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Ausente  
 BULHAS ☐ Normotonéticas ☐ Hipofonéticas  
☐ Hipofonéticas ☐ Ausente  
 SOPRO ☐ Presente ☐ Ausente  
 BE OU B4 ☐ Sim ☐ Não  
 FC: \_\_\_\_\_ bpm PA: \_\_\_\_\_ X mmHg T: \_\_\_\_\_ °C  
 ECG: \_\_\_\_\_

### ABDOMEN:

*[Handwritten signature]*

### DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ☐ Fotorreagente ☐ Paralisadas ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas (diferença = \_\_\_\_\_ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)	MELHOR RESPOSTA MOTORA
Espontânea	4	Obedece aos comandos
À solicitação verbal	3	Localiza a dor
Ao continuo estímulo	2	Retira o Membro
Nenhuma	1	Flexão anormal (decorticação)
		Extensão Anormal (decerebração)
		Nenhuma

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 Carvalho 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**



PREV  
SAS



## 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 M. REIRA, 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.

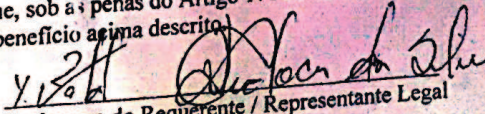
O requerimento do Pedido de Prorrogação ou Pedido de Reconsideração poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço [www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br) ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Data: 21 de julho de 2016

## INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

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

**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

Scanned by CamScanner



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 eminentemente social.

## Seguro DPVAT - Proteção para todos

Seguradora Líder • DPVAT



Seguradora Líder • DPVAT



Correios

R\$01,70

03.11.16 - 10:27

CARTÃO

RSP MAR177R1

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

Responsável pela informação

☐ Monitor  
☐ Síndico  
☐ Porteiro

Entregador

Para uso dos correios

☐ Mudou-se

☐ Não procurado

☐ Ausente

☐ Recusado

☐ Falecido

Data

☐ Não existe o nº indicado

☐ Endereço insuficiente

www.dpvatsegurodotransito.com.br

CEP: 20.270-971

CAIXA POSTAL 40.970

Seguradora Líder • DPVAT

DEVOLUÇÃO

Entre em contato conosco  
SAC DPVAT 0800 022 12 04  
www.dpvatsegurodotransito.com.br

Scanned by CamScanner





Seguradora Líder • DPVAT

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](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Scanned by CamScanner

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1280523568

NOME  
VALDERI MENDONCA DA SILVA



DOC. IDENT. / ADE / ORG. EMISSOR UF  
127271 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO  
567.688.084-04 03/02/1970

FILIAÇÃO  
LUIZ CALDINO DA SILVA

MARIA DE LOURDES  
MENDONCA DA SILVA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.  
AB

Nº REGISTRO  
05351968124

VALIDADE  
28/03/2021

1ª HABILITAÇÃO  
17/11/2011

OBSERVAÇÕES

A ;

*21/03/2016*

LOCAL  
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
29/03/2016

  
Ariston Cláudio Sousa  
Delegado Superintendente do DETRAN/PB  
ASSOCIADO DO DETRAN/PB

51143658621  
PB032356536

RECÍPITO PLASTIFICAR  
1280523568

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 1ª 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 CONSÓRCIOS 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



GOVERNO  
DA PARAÍBA



**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 Investigação, 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, Mandacarú, 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 Investigação

Scanned by CamScanner



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 1ª 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 1ª 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 Dpvt 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 presente 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, intem-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 1ª 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 CONSÓRCIOS 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 anuência 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**



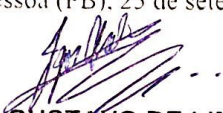
Anexo

**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 1ª 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 CONSÓRCIOS S/A**, vem respeitosamente perante vossa Excelência, 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