



28/09/2021

Número: **0823075-62.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **08/05/2017**

Valor da causa: **R\$ 13.365,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VALDERI MENDONCA DA SILVA (AUTOR)		IGOR GUSTAVO DE LIMA LOPES (ADVOGADO) FILLIPE WILLIAM ARCO VERDE MEDEIROS DE PAIVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
49185074	28/09/2021 12:18	Petição	Petição
49185075	28/09/2021 12:18	2578640_RECURSO_DE_APELACAO_Anexo_03	Outros Documentos
49185077	28/09/2021 12:18	2578640_RECURSO_DE_APELACAO_Anexo_02	Outros Documentos
49185079	28/09/2021 12:18	2578640_RECURSO_DE_APELACAO_01	Outros Documentos

ANEXO



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/10/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 135,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDERI MENDONCA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000063718-0

Nr. da Autenticação 3514E95B4F0F6CFE



Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2016

Carta nº: 9960178

A/C: VALDERI MENDONCA DA SILVA

Sinistro: 3160598741 ASL-1085459/16
Vitima: 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

Pag. 00367/00368 - carta_15R





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

DOCUMENTO 1 *T1%*



Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que estes sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização.

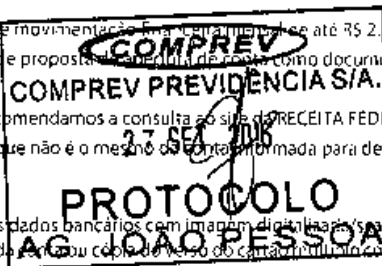
EU, Suelio Moreira da SilvaPORTADOR(A) DO RG Nº 3272736EXPEDIDO POR SSP/PBEM 29/03/2016CPF 51671659084-04 / CNPJ _____, PROFISSÃO Autônomo

E RENDA MENSAL DE R\$ 880,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Suelio Moreira da Silva AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta salário e/ou benefício/vítima não for titular;
- Conta poupança – em caso de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FACIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Poléticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta cancelada de forma como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISOVPAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada por scanner colorido, escritos a mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão multimídia com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO CEE Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0036 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00063718-0

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Suelio Moreira da Silva, 12 de maio de 2016, 2ª Assinatura do Beneficiário

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo a legislação vigente no Brasil no acidente) indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a legislação vigente no Brasil no acidente) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para saber mais sobre o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguroocorrido.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



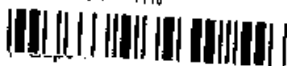
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2021 12:17:58

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092812175721400000046675010>

Número do documento: 21092812175721400000046675010



DOCUMENTO 1 "T196"



Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital

Secretaria da
Segurança e da Defesa Social



GOVERNO
DA PARAIBA



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, 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.

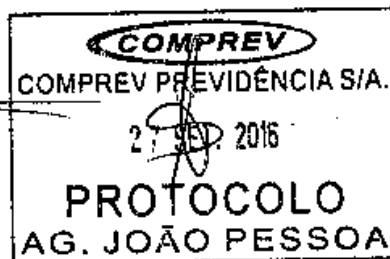
Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 29 de Julho de 2016

VALDERI MENDONÇA DA SILVA

Noticiante

SEVERINO DIAS DE LIMA
Agente De Investigação



Procedimento: 01409.01.2016.1.02.202



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Voldnei Mendonça da Silva, portador da carteira de identidade nº 3272736 e inscrito no CPF/MF sob o nº 567.659.084-04 residente e domiciliado na Rua Anacleto Pereira da Silva, 732/305, Mambocuru, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, 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:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias 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 a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia 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 §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

DOCUMENTO 3 *T39*

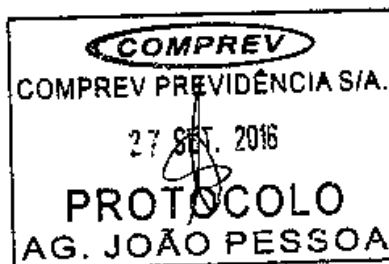


Suelio Moreira Torres

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa, 12 de maio de 2016

Local e data



ATO DECLARATÓRIO

Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

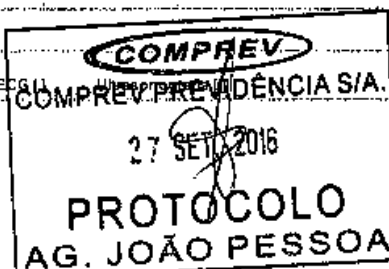
GOVERNO
DA PARAIBA

ACOLHIMENTO, an - - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 913999



Identificação do paciente			
ID	Nome	Sexo	
1026530	VALDERI MENDONÇA DA SILVA	Masculino	
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião
03/07/1970	45 anos 9 meses 14 dias	CASADO(A)	NAO INFORMADA
Mãe	Pai		Prontuário
MARIA DE LOURDES MENDONÇA DA SILVA	NAO INFORMADO		
Escolaridade	Responsável (Parentesco)		
NAO INFORMADO	O MESMO		
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo
83	988174781		
Tipo documento	Número documento	NP Cns	
NAO INFORMADO			
Local de procedência	Tipo		UF
PB 005	BAIRRO		PB
Email	Naturalidade	CAQR	
	JOAO PESSOA		
Endereço			
CEP	Município de residência	UF	Logradouro
58027695	JOAO PESSOA	PB	JOAO DE BRITO LIMA MOURA
Número	Complemento	Bairro	
58		ALTO DO CÉU	
Admissão			
Data e Hora Precisa	Número da pulseira	Convênio	
17/04/2016 20:16:22	1000004901494	SUS	
Especialidade	Clínica		
CLINICA GERAL	CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente		
	RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente	
URGÊNCIA	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	QUEDA/OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Sim	Não
Meio de transporte	Quem transportou		
RESSGATE - BOMBEIROS	AMB BOMBEIROS		
Sinais Vitais			
PA	X	Pulso	Temperatura
	mmHg		
Exames complementares			
Raio [X]	Sangue []	Urina []	TC []
Dados clínicos	ECG []		
Diagnóstico	CID		
Atendido por	Tempo		
ROBERTA DE CASSIA SILVA BONATES	02min 44seg		



Imprimir

DOCUMENTO 2 *72%



27/04

17/04/2016 20:14



União de
Solidade
Jato
Afrodescendentes
fórum no 1º
do dia 30 de
maio às 14h
fechando
contos meus
Pentecostes
E e pe-
co 2 dias
de trabalho
pelo 1º de
fevereiro
Acampamento

Dr. Suelio
Gomes
Pereira
Assessor
Jurídico
do Juízo
da 1ª
Câmara





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Volceni Mendonça da SilvaRG nº 3272736, data de expedição 29/03/2016, Órgão SSP/PB

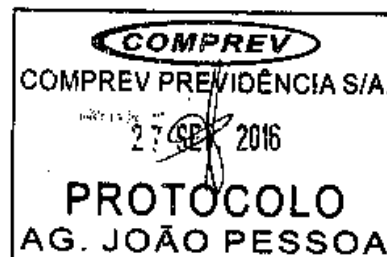
CPF nº 567.659.081-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Arconcio Pessoa da Silva</u>
Número	<u>712/105</u>
Apto / Complemento	<u>_____</u>
Bairro	<u>Momolacatu</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>580 00000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 3566-4618 / (83) 99811-9088</u>
E-mail	<u>ndouDRAT@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 12 de Maio de 2016.

Assinatura do Declarante: [Assinatura]



VALESKA LEONCIO DA SILVA
RUA ARCONCIO PEREIRA DA SILVA, 712/105 - MANDACARU
JOAO PESSOA / PB CEP: 58083000 (AO: 1)

Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B230, 10025 - Distrito: João Pessoa / PB - CEP: 58074-690
Referência: Mai/2016 Emissão: 06/05/2016
Número do documento: 00000127543

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
CNPJ: 06.938.132/0001-40 Insc. Est. 16.015.623-6
Reta Fiscal/Costa de Energia Estimada: R\$ 210,542
Código para Débito Automático: 00017414608

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/1741460-8

Mai/2016

Canal de contato

Apresentação

06/05/2016

Data prevista da
próxima leitura

07/06/2016

CPF/CNPJ/RANI

11432123481

Insc. Est. 16.015.623-6

Faturas em atraso

26/04/2016 149,85
26/03/2016 185,34

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura	
08/04/16	1888	08/05/16	2223	1
			754	30

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	254	0,41817	106,21
ICMS			41,57
PIS			1,10
COFINS			5,08

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA 8,83

Histórico de Consumo
(kWh)

Abr/16	223
Mar/16	218
Fev/16	180
Jan/16	279
Out/15	161
Nov/15	277
Out/15	168
Set/15	228
Ago/15	168
Jul/15	77

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.
26 SET 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR (R\$)
ICMS	153,98	27,00	41,57
PIS	153,98	0,7183	1,10
COFINS	153,98	3,3032	5,08

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Média dos últimos meses
187 kWh

26/05/2016

R\$ 160,89

b0e5.c7ab.bacb.39d2.47c3.c79d.e686.a91d.

Indicadores de Qualidade 7/2016 - Base

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DMC MENSAL	0,00	ANUAL
DMC TRIMESTRAL	0,00	ANUAL
DMC ANUAL	0,00	ANUAL
FIC MENSAL	0,00	CONTRATADA
FIC TRIMESTRAL	0,00	CONTRATADA
FIC ANUAL	0,00	CONTRATADA
DMC	0,00	CONTRATADA
DMC	0,00	CONTRATADA

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. de Energia	29,75	24,40
Serviços de Energia	51,44	31,97
Serviços de Transmissão	9,08	5,65
Serviços de Distribuição	17,44	10,84
Serviços de Manutenção	54,68	33,89
Serviços de Outros	0,00	0,00
Total	160,89	100,00

Valor de R\$ 160,89 (R\$ 160,89) R\$ 160,89

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) acima mencionada(s) em atraso, o cliente poderá ser suspenso a partir de 21/05/2016. Conforme Resolução 414/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento, até o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam na unidade consumidora para o fornecimento. Caso estas contas estejam pagas, a suspensão será suspensa. ESTE PRAZO NÃO VALE PARA AS FATURAS JÁ REAVISADAS, para estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o término do prazo de 90 (noventa) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga. Fatura sujeita à inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência. - Leitura contada

PARÁIBA

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Rotação: 3 - 1 - 234 - 825
Módulo: 1741460-2016-05-1

26/05/2016

R\$ 160,89

83690000001-6 60880149000-3 17414602016-2 05100010019-1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2021 12:17:58

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092812175721400000046675010

Número do documento: 21092812175721400000046675010

© 2007 Pearson Education, Inc. All rights reserved. This publication is protected by copyright. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage or retrieval system, without permission in writing from Pearson Education, Inc.

RECIBO DE PAGAMENTO

370 00

Texas Bar Examination July 2019

530.5

2015/10/26 星期三

CF:021-762-164-31

ACKNOWLEDGMENTS

ADULTERIO: AÇÃO DE FULCRO PARA DESEMPENHO ASSOCIADO



237-2

RECIBO DE PAGAMENTO

05/06/2016
0140-5/0000261-5
08/0000005732-7
370.00

1. கடிதம்: இது கடிதங்களின் தொகுப்பு. இதில் 5

530.5

2015年10月20日 星期三

 Bradesco

237-2

23791.10402 60000.000574 35000.026100 2 68160000037000

370.00

1. 4/1/52
2. 4/1/52
3. 4/1/52
4. 4/1/52
5. 4/1/52
6. 4/1/52
7. 4/1/52
8. 4/1/52
9. 4/1/52
10. 4/1/52
11. 4/1/52
12. 4/1/52
13. 4/1/52
14. 4/1/52
15. 4/1/52
16. 4/1/52
17. 4/1/52
18. 4/1/52
19. 4/1/52
20. 4/1/52
21. 4/1/52
22. 4/1/52
23. 4/1/52
24. 4/1/52
25. 4/1/52
26. 4/1/52
27. 4/1/52
28. 4/1/52
29. 4/1/52
30. 4/1/52
31. 4/1/52
32. 4/1/52
33. 4/1/52
34. 4/1/52
35. 4/1/52
36. 4/1/52
37. 4/1/52
38. 4/1/52
39. 4/1/52
40. 4/1/52
41. 4/1/52
42. 4/1/52
43. 4/1/52
44. 4/1/52
45. 4/1/52
46. 4/1/52
47. 4/1/52
48. 4/1/52
49. 4/1/52
50. 4/1/52
51. 4/1/52
52. 4/1/52
53. 4/1/52
54. 4/1/52
55. 4/1/52
56. 4/1/52
57. 4/1/52
58. 4/1/52
59. 4/1/52
60. 4/1/52
61. 4/1/52
62. 4/1/52
63. 4/1/52
64. 4/1/52
65. 4/1/52
66. 4/1/52
67. 4/1/52
68. 4/1/52
69. 4/1/52
70. 4/1/52
71. 4/1/52
72. 4/1/52
73. 4/1/52
74. 4/1/52
75. 4/1/52
76. 4/1/52
77. 4/1/52
78. 4/1/52
79. 4/1/52
80. 4/1/52
81. 4/1/52
82. 4/1/52
83. 4/1/52
84. 4/1/52
85. 4/1/52
86. 4/1/52
87. 4/1/52
88. 4/1/52
89. 4/1/52
90. 4/1/52
91. 4/1/52
92. 4/1/52
93. 4/1/52
94. 4/1/52
95. 4/1/52
96. 4/1/52
97. 4/1/52
98. 4/1/52
99. 4/1/52
100. 4/1/52

CFR:021.762.164-31

[illegible]

APLICACIONES DE LA MECÁNICA EN EL DISEÑO DE LAS CARRILLAS





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as 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 e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Suelio de Araujo Torres Leite, portador(a) do

RG nº 1.929.439, expedido por SSP/PB, em

07/03/2010 CPF/CNPJ nº 023.762.364-31

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Valdeci

Mendonça do Filho do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez

da vítima Valdeci Mendonça do Filho, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Administrador Renda Mensal: R\$ RECUSA

Documentos comprobatórios: NÃO Possui

Suelio de Araujo Torres Leite
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



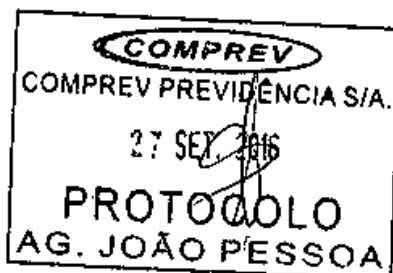


Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Halidiane dos Santos SilvaRG nº 3528830, data de expedição 28/02/2007Órgão SSP PB, portador do CPF nº 09057546469 com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Marcene Rodrigues da Silva, nº 57, complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Valdery Mamede, cujo o condutor era Valdery Mamede de Lima.Veículo: motoModelo: Honda CG 150 Fan EndiAno: 2015Placa: QF109081PBChassi: GC2KCA680FR598490Data do Acidente: 27/04/16Local e Data: João Pessoa, 20 de maio de 2016

Halidiane dos Santos Silva
Assinatura do Declarante

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



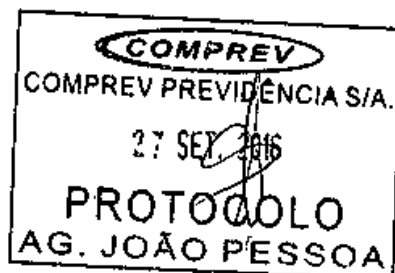


Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Halidiane dos Santos SilvaRG nº 3528830, data de expedição 28/02/2007Órgão SSP PB, portador do CPF nº 09057546469 com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Marcene Rodrigues da Silva, nº 57, complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Valdery Mendonça, cujo o condutor era Valdery Mendonça de Lima.Veículo: motoModelo: Honda/CG 150 Fan EndiAno: 2015Placa: QF109081P0Chassi: 9C2KCA680FR598490Data do Acidente: 27/04/16Local e Data: João Pessoa, 20 de maio de 2016

Halidiane dos Santos Silva
Assinatura do Declarante

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





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.

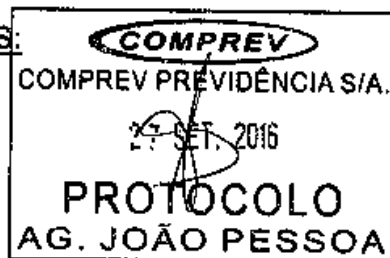
RESULTADOS DOS EXAMES:

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



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 913999

17/04/2016 20:19

Identificação do paciente			
D 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
Mãe MARIA DE LOURDES MENDONCA DA SILVA	Pai NAO INFORMADO		Prontuário
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	
Local de procedência PB 008	Tipo BAIRRO		UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 55027695	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOAO DE BRITO LIMA MOURA
Número SN	Complemento	Bairro ALTO DO CÉU	
Admissão			
Data e Hora Prévia 17/04/2016 20:16:22	Número da pulseira 100004901494	Convênio SUS	
Especialidade CLINICA-GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Data do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso potencial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou AMB BOMBEIROS	
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por ROBERTA DE CASSIA SILVA BONATÉS			Tempo 02min 44seg

Imprimir

27/04

17/04/2016 20:19



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2021 12:17:58

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092812175721400000046675010

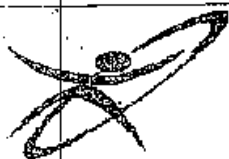
Número do documento: 21092812175721400000046675010

Num. 49185075 - Pág. 17

União de
Acadêmicos
Jato
Apresentando
fórmula no 1º
do do Jato @ Am
muito rápido
ferramentas
contínuas
Reintegro para
E e pe @
es > Jato @
de Jato @
ferramentas
Acadêmicos

Dr. Suelio Moreira Torres
Assessor Jurídico
Advogado
OAB/SP 123.456





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

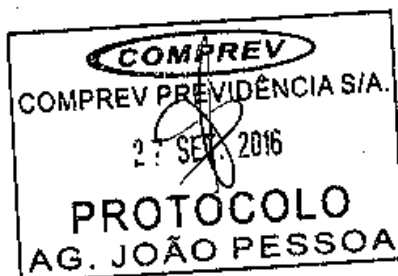
DATA: 17/04/2016 21:18:18

ULTRASSONOGRRAFIA 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 técnicas.





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

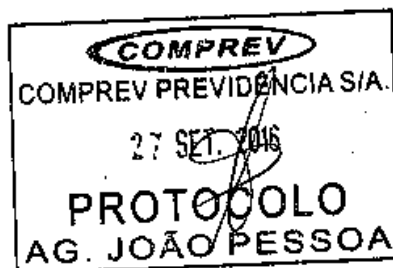
NOME: VALDENI MENDONÇA DA SILVA
BE: 913999
DATA: 26/4/2016 10:18
DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: 17/04/2016.

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

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

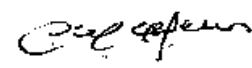
RX. PÉ ESQUERDO AP E OB
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA.

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 3845





DOCUMENTO 5 "T546"
GOVE
SECRETARIA DO ESTADO DA SAUDE
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.

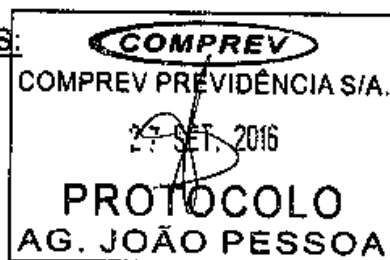
RESULTADOS DOS EXAMES:

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



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, sn -- CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 913999

11/04/2016 20:19

Identificação do paciente			
D 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
Mãe MARIA DE LOURDES MENDONCA DA SILVA	Pai NAO INFORMADO		Prontuário
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	
Local de procedência PB 008	Tipo BAIRRO		UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R	
Endereço			
CEP 55027695	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOAO DE BRITO LIMA MOURA
Número SN	Complemento	Bairro ALTO DO CÉU	
Admissão			
Data e Hora Prévia 17/04/2016 20:16:22	Número de pulseira 100004901494	Convênio SUS	
Especialidade CLINICA-GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Data do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte			
Caso potencial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Modo de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou AMB BOMBEIROS		
Sinais Vitais			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []			
ECG []			
Dados clínicos			
Diagnóstico			CID
Atendido por ROBERTA DE CASSIA SILVA BONATÉS			Tempo 02min 44seg

Imprimir

27/04

17/04/2016 20:19



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2021 12:17:58

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092812175721400000046675010

Número do documento: 21092812175721400000046675010

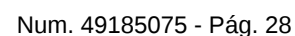
Num. 49185075 - Pág. 26

União de
Acadêmicos
Jato
Apresentando
fórmula no 1º
do do Jato @ Am
mudanças
feministas
contra tudo
Reintegro para
E e pe @
es > Jato @
de tudo @
pelo de
feministas
Acadêmicos

Dr. Suelio Moreira Torres
Assessor Jurídico
Advogado
OAB/SP 123.456



F(NG).CC.001-1





Primeiro Atendimento

150000001494 BE: 913999
VALDEAR MENDONÇA DA SILVA
DT. NASC.: 03/07/1970
MRE: KATIA DE LOURDES MENDONÇA DA SILVA
END.: JOÃO DE BRITO LIMA MOURA
N. SN - RUA DO C. BU
JOÃO PESSOA
PONE: ()
CELULAR: (61) 906174781
IDADE: 45
DT. ENTRADA: 17/04/2018 20:16:22

EXAME

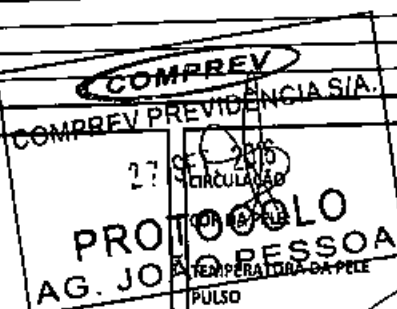
PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

DATA:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Por trauma de queda de altura, após des-
em MTE e fêmur



EXAME PRIMÁRIO

VIAS () Pélvicas () 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

() Presente e normal

() Rude

() Diminuído

() Ausente

HTE () Presente e normal

() Rude

() Diminuído

() Ausente

2- RUÍDOS

() Sim

() Não

HTE () Roncos

() Sibilos

() Estertores

HTE () Roncos

() Sibilos

() Estertores

FR: _____ Imp SaO₂ _____ %

() Normal () Pálida () Cianótica

() Pletórica () Ictérica

() Normal () Quente () Fria

() Normal () Aumentado

() Fino () Ausente

AUSCULTA CARDÍACA

RÍTIMO

BULHAS

() Regular () Irregular () Ausente

() Normatonéticas () Hipofonéticas

() Hipofonéticas () Ausente

() Presente () Ausente

() Sim () Não

SOPRO

BE OU B4

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

ECG:

ABDOMEN:

Indic

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	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retira o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flexão anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

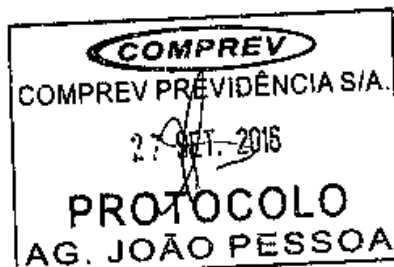
F(NG).CC.001-1

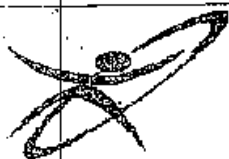




AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE:		VALDEMI HENDONCA DA SILVA DT. NASC.: 02/07/1970 NRE: MARIA DE LOURDES HENDONCA DA SILVA	
PROCEDÊNCIA:	☐ Domicílio ☒ Ambulatório de emergência	END.: JD 60 DE BRITO LIMA MOURA N.º: 50 - ALTO DO C. BU	
TIPO DE ACIDENTE:	☒ Moto ☐ Automóvel ☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão	JOÃO PESSOA FONE: (03) 086174781 IDADE: 48 DT. ENTRADA: 17/04/2016 20:10:22	
TIPO DE LESÃO:	☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Exatma ☐ Escoriação		
LOCAL DA LESÃO:	☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros:		
DADOS CLÍNICOS (sintomas):			
DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:			
EXAME FÍSICO			
Sistema Neurológico:			
Nível de Consciência: ☒ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado			
Avaliação das pupilas: ☒ Simétricas ☐ Assimétricas ☐ Miotícas ☐ Midríases			
Sistema Respiratório:			
☐ Ventilação invasiva ☒ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas patentes			
☐ Traqueostomia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas			
☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas			
Sistema Circulatório:			
☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☒ Perfusão capilar satisfatória			
☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusão tissular comprometida			
☐ Falidez ☐ Outros:			
Sistema Digestório:			
☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial			
☐ HDB ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda			
Outros: ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal			
Sistema Genito-urinário:			
☐ Disúria ☐ Hematuria ☐ Oligúria ☐ Polúria ☐ SVD ☐ Outros:			
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:			
☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias			
☐ Intussusceção ☐ Outros: Especificar: _____			
USO DE MEDICAÇÃO?			
☐ Sim ☐ Não Especificar: _____			
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:			
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO? ☐ Sim ☐ Não			
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES: <u>paciente em uso de medicação</u>			
<u>paciente em uso de medicação</u>			
<u>paciente em uso de medicação</u>			
DESTINO:			
ENFERMEIRO:			
COREM:			
F(NG).ENF.022-1			





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

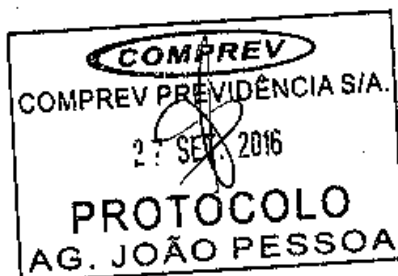
DATA: 17/04/2016 21:18:18

ULTRASSONOGRRAFIA 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 técnicas.





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

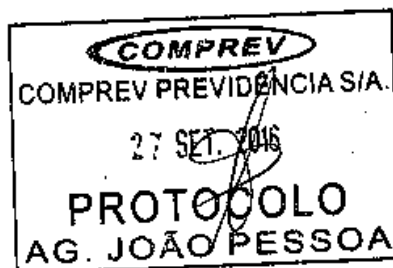
NOME: VALDENI MENDONÇA DA SILVA
BE: 913999
DATA: 26/4/2016 10:18
DATA DE REALIZAÇÃO DO EXAME: 17/04/2016.

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

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

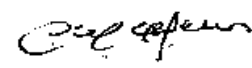
RX. PÉ ESQUERDO AP E OB
ESTRUTURA E DENSIDADE ÓSSEA NORMAIS.
AUSÊNCIA DE FRATURA.

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



DOCUMENTO 6 "16%"

VALDIR MENDONÇA DA SILVA	
A NOGENTIANI ORIENTADA DE 1272 FLB RSV PB	
CNPJ 067.688.088-04 03/02/1970	
TÍTULO	
LUIZ GALDINO DA SILVA	
MARIA DE LOURDES MENDONÇA DA SILVA	
N.º 05452968124	
VENCIMENTO 20/03/2021	
17/11/2011	

VALIDADE EM 100% 1280523568

ORIENTADOR PLASTIFICA 1280523568

JOÃO PESSOA, PB 29/03/2016

51143698021 00032306536

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.
27 SET. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DOCUMENTO 3 *T396*



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA E CRIMINALÍSTICA

DEPARTAMENTO DE AGATREGAÇÃO

V-02

P-005

Daniel de Araújo Nobre Leite

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PRESENÇA

REGISTRO 1.529.439 - 2 VIA DATA DE EMISSÃO 07/01/2010

NOME DANILLO DE ARAUJO NOBRE LEITE

PAI FRANCISCO NOBRE LEITE

MÃE CLEIDE ARAUJO LOPEZ NOBRE LEITE

NATURALIDADE DATA DO NASCIMENTO

PIANCO-PB 23/12/1977

DOC. CIVIL N. 5007 FLS. 107 LEV. B-19

CARTÓRIO 13º JOÃO PESSOA PB

CPF 021.762.164-31

Assinado por: João Pessoa - PB

Assinado por: João Pessoa - PB

LEI Nº 7.118 DE 25/10/73

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.

27 SET 2016

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012235524038
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD RENAVAM PRT 20150000387065 EXERCÍCIO
1 0106129208-5 00/00000000 2015

NOME
HALIDIANE DOS SANTOS SILVA

CPF/CNPJ 09057546469 PLACA QFJ0908/PB

NOVO PB 9C2KC1680FR598490

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/ADO APLIC ALCO/GASOL

MARCA/MODELO ANO 2015 2015
HONDA/CG150 FAN ESDI

CHASSI 2 P/149 /CI PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
IPVA PAGO EM 01/09/2015 1ª
PARCELAMENTO/COTAS 2ª
A ***** -0 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 01/09/2015

A.F BV FINANCEIRA S.A.

JOAO PESSOA-PB DATA
14311 02/09/2015

7003781

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
COM MOTORES DE VITATE REFRETE DO POR SUACABON APRESSO
TRANSPORTADAS OU NA SEGURO DPVAT

PB Nº 012235524038 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2015 02/09/2015

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 09057546469 QFJ0908/PB

RENAVAM MARCA / MODELO
01061292085 HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO 2015 CATEG 9 Nº CHASSI 9C2KC1680FR598490

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) *****	DENATRAN (R\$) *****	CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) *****	IOF (R\$) SEGURO	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) P A G O
PAGAMENTO ☒ ÚNICA ☐ PARCELADO		DATA DE OUTUBRO 01/09/2015

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br
7003781-1200188-20150902

AGO-2015

DOCUMENTO 7 "TTP"



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160598741 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDERI MENDONCA DA SILVA **Data do acidente:** 17/04/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/10/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/5º DEDO DA MÃO ESQUERDA:10%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau completo - 100 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160598741 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDERI MENDONCA DA SILVA **Data do acidente:** 17/04/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 5º QUIRODACTILO ESQ.
FCC EM 4º QUIRODÁCTILO ESQ.

Descrição do exame médico pericial: PACIENTE COM FRATURA CONSOLIDADA DO 5º QDE, TEM RETRAÇÃO CICATRICIAL EM 4º E 5º QDE COM LIMITAÇÃO DOS ÚLTIMOS GRAUS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DAS INTERFALANGEANAS DESSES DEDOS.

Resultados terapêuticos: NÃO TEM PRONTUÁRIO DO ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE, APENAS FICHA DE ATENDIMENTO INICIAL NA EMERGÊNCIA QUE DIAGNOSTICA FRATURA DO 5º QDE E ORIENTA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 21/10/2016

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Luiz Eduardo Duque Portela

CRM do médico: 6867

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Complemento por reanálise - 5 %	1%	R\$ 135,00
Total			1 %	R\$ 135,00

PRESTADOR

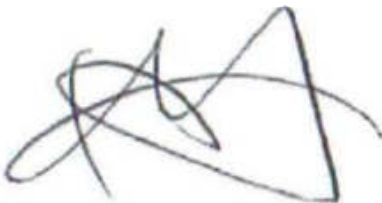
MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **VALDERI MENDONCA DA SILVA** Sinistro: **3160598741** Data: **17/04/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua ARCONCIO PEREIRA DA SILVA, 712/105 - MANDACARU - João Pessoa - PB - CEP 58000-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp** / **PB**] **1272716**

Data local do exame: [**21/10/2016**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DO 5º QUIRODÁCTILO ESQ. FCC EM 4º QUIRODÁCTILO ESQ. PACIENTE COM FRATURA CONSOLIDADA DO 5º QDE, TEM RETRAÇÃO CICATRICIAL EM 4º E 5º QDE COM LIMITAÇÃO DOS ÚLTIMOS GRAUS DE FLEXÃO E EXTENSÃO DAS INTERFALANGEANAS DESSES DEDOS.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
NÃO TEM PRONTUÁRIO DO ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE, APENAS FICHA DE ATENDIMENTO INICIAL NA EMERGÊNCIA QUE DIAGNOSTICA FRATURA DO 5º QDE E ORIENTA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do 4º quirodáctilo esquerdo, Limitação funcional do 5º quirodáctilo esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

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

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
4º quirodáctilo esquerdo

% do dano: (**X**) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):
5º quirodáctilo esquerdo

% do dano: (**X**) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

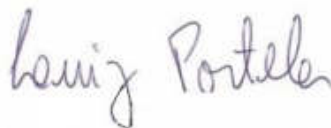
Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Luiz Eduardo Duque Portela - CRM: 6867 - PB



Rio de Janeiro, 06 de Outubro de 2016

Carta nº: 9831197

A/C: VALDERI MENDONCA DA SILVA

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

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01531/01532 - carta_01





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 11 de Outubro de 2016

Carta nº: 9855100

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.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

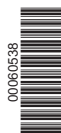
ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01075/01076 - carta_02



 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via da parte)			Número do boleto: 200.7.21.47485/01
			Data de emissão: 16/09/2021
Nº do Processo: 0823075-62.2017.815.2001	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 30/09/2021
Número da 200.2021.647485 Tipo da Custas de Recursos			UFR vigente: R\$ 56,40
Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 338,40 - Taxa bancária: R\$ 1,38			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Promovente VALDERI MENDONCA DA SILVA Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO Valor da causa: R\$ 13.365,00			Parcela: 1/1
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.			Valor total: R\$ 339,78
866900000039 397809283187 520210930209 072147485014 			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 339,78

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do processo)			Número do boleto: 200.7.21.47485/01
			Data de emissão: 16/09/2021
Nº do Processo: 0823075-62.2017.815.2001	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 30/09/2021
Número da 200.2021.647485 Tipo de Custas de Recursos			UFR vigente: R\$ 56,40
Promovente VALDERI MENDONCA DA SILVA Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. Valor da causa: R\$ 13.365,00			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 338,40 - Taxa bancária: R\$ 1,38			Parcela: 1/1
			Valor total: R\$ 339,78
			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 339,78

 Poder Judiciário do Estado da Paraíba Guia de Recolhimento de Custas e Taxas Lei nº 5.672/92, Lei nº 6.682/98 e Lei nº 6.688/98 (Via do banco)			Número do boleto: 200.7.21.47485/01
			Data de emissão: 16/09/2021
Nº do Processo: 0823075-62.2017.815.2001	Comarca: Joao Pessoa	Classe Processual: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL - CÍVEL - 7	Data de vencimento: 30/09/2021
Número da 200.2021.647485 Tipo de Custas de Recursos			UFR vigente: R\$ 56,40
Detalhamento - Custas Processuais: R\$ 338,40 - Taxa bancária: R\$ 1,38			Conta FEJPA: 1618-7/228.039-6
Promovente VALDERI MENDONCA DA SILVA Promovido: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO Valor da causa: R\$ 13.365,00			Parcela: 1/1
Observações: - Pagar nas agências do Banco do Brasil ou nos correspondentes bancários.			Valor total: R\$ 339,78
866900000039 397809283187 520210930209 072147485014 			Desconto total: R\$ 0,00
			Valor final: R\$ 339,78



Nº DA PARCELA		DATA DO DEPÓSITO		AGÊNCIA (PREF / DV)	Nº DA CONTA JUDICIAL
		20/09/2021		0	0
DATA DA GUIA		Nº DO PROCESSO		TIPO DE JUSTIÇA	
20/09/2021		08230756220178152001		ESTADUAL	
UF/COMARCA		ORGÃO/VARA		DEPOSITANTE	
PB		Vara Cível		RÉU	
NOME DO RÉU/IMPETRADO		TIPO DE PESSOA		VALOR DO DEPÓSITO (R\$)	
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A		Jurídica		339,78	
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE		TIPO DE PESSOA		CPF / CNPJ	
VALDERI MENDONÇA DA SILVA		FÍSICA		09248608000104	
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA				CPF / CNPJ	
0CF87507EF7ECF14				56765908404	
CÓDIGO DE BARRAS					
86690000003 9 39780928318 7 52021093020 9 07214748501 4					





EXMO SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n. 08230756220178152001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representadas, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **VALDERI MENDONCA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, apresentar seu **RECURSO DE APELAÇÃO**, o que faz consubstanciado nas razões anexas, requerendo seu regular processamento e ulterior envio à Câmara Cível

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 20 de setembro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/09/2021 12:18:00
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21092812180008300000046675014>
Número do documento: 21092812180008300000046675014

PROCESSO ORIGINÁRIO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA / PB

Processo n.º 08230756220178152001

APELANTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A

APELADA: VALDERI MENDONCA DA SILVA

RAZÕES DO RECURSO

COLEDA CÂMARA,

INCLÍTOS JULGADORES,

A sentença proferida no juízo “a quo” merece ser reformada, pois a matéria foi examinada em desconformidade com a legislação em vigor e as provas constantes dos autos e fundamentada em afronta as normas legais aplicáveis.

BREVE RELATO DOS FATOS

Cuida-se o feito de ação de cobrança de seguro DPVAT, em que o recorrido, alega na peça vestibular ter sofrido acidente de trânsito em 17/04/2016.

Aduz ainda, que, em razão do sinistro noticiado nos autos é portador de invalidez permanente, tendo se submetido a exame pericial.

Por fim, em razão da suposta invalidez adquirida, o recorrido, ajuizou a presente lide pleiteando verba indenizatória do Seguro DPVAT.

Entendeu o Nobre Juiz *a quo*, em acolher parcialmente o pedido inicial, ultrapassando todas as teses lançadas na defesa da Demandada, assim, julgou a lide parcialmente procedente, em desfavor da Recorrente, condenando-a a indenizar a parte Apelada, a título de seguro DPVAT, nos seguintes termos:

Gizadas tais razões de decidir, **ACOLHO PARCIALMENTE O PEDIDO AUTOREAL**, resolvendo o mérito da causa nos termos do artigo 487, I do Código de Processo Civil, **condeno a seguradora demandada a pagar ao autor a diferença a título de seguro de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais), corrigido monetariamente pelo IGPM/FGV, consoante a Circular nº 255, da SUSEP, a partir do evento danoso, com incidência de juros de mora de 1,0% ao mês, a partir da citação válida, conforme estabelecem as Súmulas 43 e 54 do STJ.**

Data vênica, não houve com o habitual acerto o Ilustre Magistrado *a quo*, pois, conforme se passa a demonstrar, a r. Decisão não guarda sintonia com as questões de fato e de direito ventiladas nos autos.



DO VALOR PAGO EM SEDE ADMINISTRATIVA

Deve-se sopesar que de posse de todos os documentos necessários à regulação do sinistro, o ora apelado realizou o pedido administrativo junto a apelante, referente ao valor da indenização correspondente ao Seguro Obrigatório de Veículos – DPVAT, que após a devida análise da documentação apresentada efetuou o pagamento da verba indenitária no importe de **R\$ 135,00 (cento e trinta e cinco reais), vejamos:**

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/10/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 135,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDERI MENDONCA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000063718-0

Nr. da Autenticação 3514E95B4F0F6CFE

Valor este INCONTROVERSO uma vez que confessado pela própria apelada na inicial, vejamos trecho:

5. Contudo, mesmo estando nessa situação, o Promovente recebeu administrativamente o valor ínfimo de R\$ 135,00 (cento e trinta e cinco reais), como pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT. Registre-se que o autor **ficou incapacitado para trabalhar por mais de quatro meses**, e sendo autônomo, se viu em uma situação bastante delicada (dramática), pois precisava de repouso para se recuperar, contudo, teve que ir várias vezes até a APS – Agência da Previdência Social, para requerer o valor devido do seguro DPVAT, **conforme demonstrativo de pagamento da Seguradora Líder em anexo datado em 01 de novembro de 2016.**

Desta forma, é imperioso consignar, que o M.M. a “a quo” se equivocou no proferimento do *decisum* **uma vez que NÃO FEZ O ABATIMENTO DE REFERIDO VALOR.**

Portanto, necessária a apreciação das provas trazidas ao processo pela ora apelante, uma vez que não foi considerado pelo juízo sentenciante o pagamento administrativo ora noticiado.

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



Assim reque seja reduzido a condenação a monta de R\$540,00.

DOS HONORARIOS SUCUMBENCIAIS

Pretendia o Autor/Apelado com a demanda, o recebimento de indenização no importe de R\$ 13.365,00, contudo, obteve a condenação da Seguradora ao pagamento de **R\$ R\$ 675,00.**

Quanto ao isto, dispõe o parágrafo único do artigo 86, afirma que *“Se um litigante sucumbir em parte mínima do pedido, o outro responderá, por inteiro, pelas despesas e pelos honorários”*.

“Art. 86. Se cada litigante for, em parte, vencedor e vencido, serão proporcionalmente distribuídas entre eles as despesas.

Parágrafo único. Se um litigante sucumbir em parte mínima do pedido, o outro responderá, por inteiro, pelas despesas e pelos honorários”.

No presente caso, o proveito econômico obtido corresponde a menos de 10% do valor pleiteado, de modo que se mostra inquestionável a sucumbência mínima da Apelada, o que não foi devidamente reconhecido pelo juízo.

Soma-se a isso, que a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu zelo demasiado pelo patrono do Apelado, bem como houve uma razoável duração do processo, de maneira que a sentença está em total dissonância com o que estabelece o CPC sobre o tema.

Diante da sucumbência mínima da Apelante requer que os encargos fiquem apenas com a parte Apelada.

Caso não seja este o entendimento de V. Exas. na parte dispositiva da sentença constou o seguinte:

*“... considerando que as partes litigantes foram, proporcionalmente, vencido e vencedor, condeno ambas ao pagamento das custas, despesas processuais e **honorários advocatícios, nos moldes do que preceitua o art. 86 do Código de Processo Civil,** em vigor desde o dia 18 de março de 2016, ressaltando ser o autor beneficiário da Justiça Gratuita...”(gn)*

Verifica se omissão do percentual dos honorários uma vez que a r. sentença não determinou **nem percentual e nem se irá incidir sobre o valor da condenação ou da causa.**

Assim sendo requer seja esclarecido o valor dos honorários de sucumbências.

CONCLUSÃO

Diante de todo o exposto, e por tudo mais que dos autos consta, confia a Apelante no alto grau de eficiência desse Egrégio Tribunal de Justiça, a fim de que seja reformada a r. sentença proferida pelo MM. Juiz “a quo”, dando provimento ao presente recurso, para:

Seja reconhecido o pagamento administrativo realizado no valor de R\$135,00.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 20 de setembro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/CE 27.954-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado **SUELIO MOREIRA TORRES**, inscrito na **15477 - OAB/PB** os poderes que lhes foram conferidos por **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **VALDERI MENDONCA DA SILVA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **JOAO PESSOA**, nos autos do Processo nº 08230756220178152001.

Rio de Janeiro, 20 de setembro de 2021.

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PB 4246-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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

