



Número: **0852750-70.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **25/10/2017**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37616554	09/12/2020 11:03	<a href="#">Petição</a>	Petição
37616557	09/12/2020 11:03	<a href="#">2603043_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
37616561	09/12/2020 11:03	<a href="#">2603043_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 30 de Junho de 2017

Carta nº: 11230824

A/C: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170336345 ASL-0233118/17  
Vitima: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO  
Data Acidente: 10/02/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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 GENTE SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00931/00932 - carta\_01



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2017

Carta nº: 11249088

A/C: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO

Sinistro: 3170336345 ASL-0233118/17  
Vítima: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO  
Data Acidente: 10/02/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.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. 00785/00786 - carta\_02

00070393



Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2017

Carta nº: 11325388

A/C: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO

Sinistro: 3170336345 ASL-0233118/17  
Vitima: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO  
Data Acidente: 10/02/2017  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

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: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000000617

Conta: 000005256-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =	R\$	843,75
--	-----	--------

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01905/01906 - carta\_15R



00020953







AUTO-ATENDIMENTO - Ag. Cabo Branco/PB

DATA: 24/05/2017

HORA: 09:47:59

TERMINAL: 00361077

CONTROLE: 003610770007

AGÊNCIA: 0617 - MINISTRO JOSE AMER

CONTA : 013.00005256-2

CLIENTE: JOSIAS G. DA SILVA FILHO

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

SALDOS DE POUPANÇA POR DATA LIMITE

DEPÓSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
28/04	
01/05	
12/05	

DEPÓSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA	VALOR
28/04	

RESUMO EM 23/05

SALDO

SALDO TOTAL

O PAGAMENTO DO ABONO SALARIAL 2016/2017

ENCERRA EM 30/06/2017. CONSULTE VIA

APP CAIXA TRABALHADOR OU 0800-725 0207

"Pense antes de imprimir, conserve o meio  
ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br



## DECLARAÇÃO

Eu, JOSIAN GOMES DA SILVA FILHA,  
Portador (a) do RG nº 1.029.215, e do CPF nº 136.936.711-87,  
**DECLARO**, Para os devidos fins, junto a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO  
SEGURO DPVAT S/A, que estive presente na Agência do BANCO: CAIXA E. FIDELM.,  
e a conta de minha titularidade nº 5256-2, agência nº 0617,  
encontra-se ativa desbloqueada e sem limites para movimentação financeira, sendo possível o  
depósito referente à minha indenização do seguro DPVAT. Pelo que firmo a presente.

  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

19 JUN 2011





367928

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil

1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos da Capital



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00920.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00920.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:06 horas do dia 16 de maio de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Josias Gomes da Silva Filho**, CPF nº 436.936.794-87, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Eunice Gomes da Silva e Josias Gomes da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 02/05/1965 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Av. Aragão e Melo, Nº 377, complemento casa, bairro Torre, tendo como ponto de referência Próximo Ao Mercado, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98888-3132.

**Dados do(s) Fatos:**

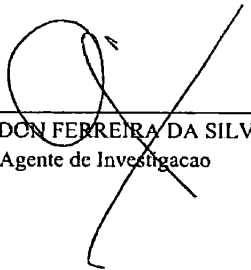
Local: Rua Barão de Mamanguape, Outros, João Pessoa/PB, bairro Torre; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 10/02/17 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS ESD, DE COR PRETA, ANO 2013, PLACA OFY-4224-PB, CHASSI Nº 9C2KD0540DR127311, EM NOME DO NOTICIANTE, QUANDO CAIU DA REFERIDA MOTOCICLETA, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DE MANGABEIRA, CONFORME CERTIDÃO ASSINADA PELA DRA. ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM 3883-PB, DATADO DE 13/03/2017, O NOTICIANTE NÃO DESEJA REPRESENTAR.

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

João Pessoa/PB, 16 de maio de 2017.

  
CLEODON FERREIRA DA SILVA  
Agente de Investigação

  
JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO  
Noticiante

19 JUN 2017

Procedimento Policial: 00920.01.2017.1.00.420

1/1



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO portador da carteira de identidade nº 1.029.745 e inscrito no CPF/MF sob o nº 4.36.936.794-87, residente e domiciliado na RUA MAGNUS C MELO, 377 - TORRE, Cidade JUNES PESSOA, Estado PARANÁ, 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:

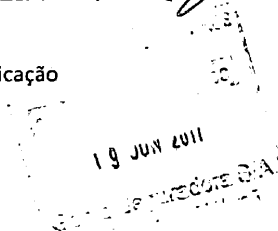
- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior 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.

Josias Gomes da Silva Filho

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação



Abreu e Lima/PE 16/06/2017

Local e data





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAM



CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58059-900  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 705/032, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1598692, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO**, idade 52 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Queda de Moto)** no dia 10/02/2017, na Av. Barão de Mamanguape, Bairro: Torre - João Pessoa - aproximadamente às 15:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 11 de Maio de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto  
Estatístico  
CREIS nº 10171

Jefferson da Rocha Augusto  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB  
Fone SAME: (83) 3218.9242, 3218.9125



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSIAS GOMES DA SILVA FILHORG nº 1.029.745, data de expedição 19/05/2011 Órgão SS DS/PB

CPF nº 436.936.794-87, 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 ARAGATZ E MELO</u>
Número	<u>377</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>TORRE</u>
Cidade	<u>JOAS PESSOA</u>
Estado	<u>PARANÁ</u>
CEP	<u>58.040-102</u>
Telefone de Contato	<u>81-3538-0068-98721-5834</u>
E-mail	<u>gallvinope@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Abreu e Lima/PE 16/06/2012Assinatura do Declarante: Josias Gomes da Silva Filho

**CAGEPA**Companhia de Águas e Esgoto de João Pessoa  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP 58.115-570 - CNPJ 09.423.151/0001-00

NUMERO DE MATRÍCULA
186775
REFERENCIA
MAI/2017

CONTA DE CONSUMO DE AGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

JOSIAS GOMES DA SILVA  
RUA ARAGAO E MELO 1

TORRE

58040-102

JOAO PESSOA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
001.61.325.0117	0	1	0	0	0	186775
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y15N463602	05.01.2016	2	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NUM. DE DIAS	PRÓXIMA LEITURA
98	103	10	32	04/06/2017
HIST. DE CONS. ANOR. LEIT. QUALID. DA AGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.				
NOV/2016	7	0	PARAMETROS	EXIG. ANALIS. CONFORMES
DEZ/2016	7	0	TURBIDEZ	294 267 67
JAN/2017	8	0	COR	77 106 66
FEV/2017	7	32	CLORO	24 267 67
MAR/2017	3	0	COL. TER40T	0 0 0
ABR/2017	6	0	COL. TOTAIS	197 267 67
MEDIA(M)	6		DADOS REFERENTES A FEV/2017	

DATA DA LEITURA: 08/05/2017

HORA DA LEITURA: 10:26:32

DESCRICAO CONSUMO VL AGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)  
RESIDENCIAL CONSUMO ATE 10m 10 36,34 29,47 R\$66,31

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$6 13 PIS E COFINS: LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 02.06.2017

Total a Pagar:

R\$66,31

v. 16.11 R. 1.0

CONDICAO DE LEITURA REALIZADA  
CONDICAO DO FATURAMENTO REAL TIPO DE TARIFA NORMALPOSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)  
EXISTE(H) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMACOES GERAIS:

Em conformidade com art 3 da lei 11.027.008, informamos que não  
há pendência ou futura vincida por esta matrícula.  
Esta declaração substitui a comprovação  
das faturas pagas com vencimento ate 31.12.2016.**CAGEPA**

MATRÍCULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
186775	MAI/2017	02.06.2017	R\$66,31

826900000-9 6634010310-3 01307 57510-0 17020000002-7



compesa

ATENDIMENTO: AVENIDA EUCALIPTOS - NUM. - 03461 - MATINHA ABR  
EU E LIMA PE 53560-440



CONSUMIDOR: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-17  
INSCRIÇÃO: 165-135-120-0443-000 GRUPO: 7-DEB-AUTOMATICO-103666667  
LIGADO: POTENCIAL

11F272112 02/03/2017 30/03/2017 MEDIA: HD

AGUA:  
LEIT ANT: 31 CONSUMO: 3  
LEIT ATU: 31  
LEIT FAT: 31 HD PARADO

HISTORICO DE CONSUMO  
REFERENCIA CONSUMO

02/2017 03  
01/2017 03  
12/2016 03  
11/2016 05  
10/2016 02  
09/2016 03  
MEDIA: 03

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT	ANALISES	ATENDEM
	MS 2.914/11	REALIZ	A LEGIS
TURBIDEZ	48	48	48
COR APARENTE	48	48	46
COLOR RESIDUAL	48	48	44
COLIF. TOTAIS	48	48	46
E. COLI	48	48	48

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDICÖES SANITARIAS DA AGUA  
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDICÖES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA

DESCRICAO DOS SERVICOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(5)		
CONSUMO DE AGUA	2 M3	40,18
COMERCIAL 1 UNIDADE(5)		
CONSUMO DE AGUA	1 M3	59,11
MULTA P/IMPONTUALIDADE 02/2017		2,22
JUROS DE MORA 12/2016		0,93

VENCIMENTO: 17/04/2017 TOTAL A PAGAR: 102,44

MENSAGEM:





## DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP 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 COAF.

Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro. 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 **ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS**, portador(a) do RG Nº **7.742.986**

Expedido por **SDS/PE**, em **26/01/2005**, CPF/CNPJ nº **884.647.684-00**, na qualidade de

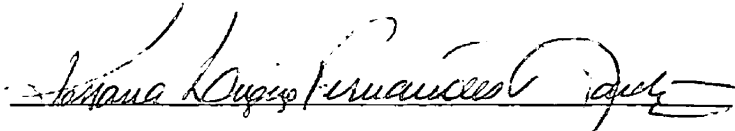
Procurador (a) /intermediário (a) do beneficiário (a)  
JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO. do  
sinistro de DPVAT da natureza **INVALIDEZ** da vítima  
JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO, e conforme

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

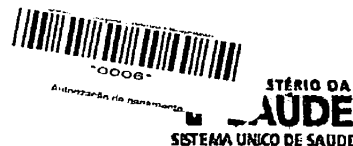
Profissão: **recuso-me**

Renda Mensal: **recuso-me**

Documentos comprobatórios: **HABILITAÇÃO E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA**

  
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





## CERTIDÃO

Nº. 0353/2017

Atendendo solicitação de **JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 5142 pertencente ao mesmo que foi atendido dia 10/02/17 as 16:H24min paciente vítima de acidente de moto trazido pelo SAMU, refere dor em membro inferior direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem, que evidenciou fratura de tíbia direita. Medicado, realizado imobilização e liberado.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 13 de março de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida  
Médica da Vigilância à Saúde

CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883

13 MAR 2017





UF: PB - MUNICÍPIO DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY  
UA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
9056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980  
FAX: ( ) CNPJ:

Ficha Nr: 5142 Atd: Nao Regula  
Data: 10/02/2017  
Hora: 16:24:48  
Recepcionista: MARIA HELENA R. ALEXA  
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.02.002371

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1029745 Fone: 988883132

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 02/05/1965 Id: 51 ano(s)

End.: AVENIDA ARAGAO E MELO - ATE 679/680,377

Bairro: TORRE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mãe: EUNICE GOMES DA SILVA

Pai: JOSIAS GOMES DA SILVA

Cor: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MOTORISTA (FORA EXCECOES)

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Resp.: IRMAO/JOSELITO GOMES DA SILVA

Rel/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 14:30H NA RUA ARAGAO E MELO

Vitima de violência por: NA TORRE

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

FR:

[ ] Aparentemente Bem

[ ] Grave

TP:

[ ] Politraumatizado

[ ] Convulsao

Altura:

[ ] Hemorragia

[ ] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[ ] Diarreia

[ ] Agitado

Temp. Abd:

O2%:

[ ] Regular

[ ] Chocado

[ ] Vômito

Queixa Principal

Observacao

ACIDENTE DE MOTO, TRAUMA EM M/D - NECA PANCAL NA CABECA!

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Ref. pulso e sruco normais.  
Fisio-farica a st

Diagnostico

luxao de conduta do joelho  
st

Prescricao

Horario da medicacao

19 SET 2017

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Atde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

030101007-2  
030101004-8  
030309020-0

12/12/2011

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

Reducao mant. das anestesias  
(segunda) + 150g. de soro  
a 1% + 100g. de soro de 10%

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI  
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

CRM - 1728  
de Joelino e Quadri  
Especialista em Anestesiologia  
B. José Antônio L. de Lima





0012

Comunicado de recebimento

**JOSE GOMES DA SILVA FILHO**

**DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISOR UF**  
1029745 SSP PB

**CPF**  
436.936.794-87

**DATA NASCIMENTO**  
02/05/1965

**TRACAO**  
JOSE GOMES DA SILVA  
EUNICE GOMES DA SILVA

**PERMISSAO** **ACC** **CAT. HAB.**  
AC AC

**Nº REGISTRO**  
03528459062

**VALIDADEZ**  
03/03/2020

**1ª HABITAÇÃO**  
23/07/1986

**OBSERVAÇÕES**

*João Pessoa, 04 de março de 2015*

**ASSINATURA DO PORTADOR**

**LOCAL**  
JOAO PESSOA, PB

**DATA EMISSAO**  
04/03/2015

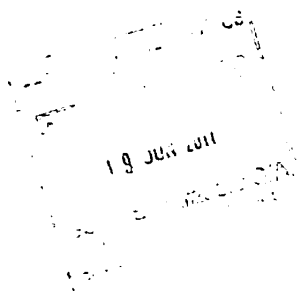
**ASSINATURA DO EMISOR**  
74918461152  
PB030262089

**1030161047**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

**1030161047**

**VALIDA EM TODOS OS TERRITORIOS NACIONAIS**





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITABILIDADE  
CARTEIRA NACIONAL DE HABITABILIDADE

ROSEANA LÍCIA FERNANDES DANTAS

DOC. IDENTIDADE/DOC. EMISSOR/UF  
7742885 SSP PE

CPF  
884.847.684-00

DATA NASCIMENTO  
07/04/1973

FUNÇÃO  
SERVANTIAO RADIR DANTAS

INACIA FERNANDES  
DANTAS

PERMISSÃO  
ACC  
CAT. NOME  
AD

INSCRIÇÃO  
03399567347

VALIDADE  
23/03/2021

SUSCITAÇÃO  
28/06/2002

VALIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
1222242405

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1222242405

OBSERVAÇÕES  
SEM observações

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL  
SUELIO MOREIRA TORRES

LOCAL  
PAULISTA - PE

DATA EMISSÃO  
28/02/2016

50091646103  
PE091727680

ASSINATURA DO EMISSOR

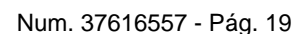
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITABILIDADE





19 JUN 2011

**SEGURO LÍDER - DPVAT**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170336345 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 10/02/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 04/07/2017

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA DIREITA E LUXAÇÃO DE TORNOZELO DIREITO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

### 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

### PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170336345 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 10/02/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

**Descrição do exame médico pericial:** VÍTIMA REFERE DOR NO TORNOZELO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do tornozelo direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 06/07/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre Lopes Soares

**CRM do médico:** 6144

**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
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

### PRESTADOR

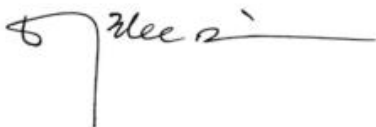
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Procuração

0025

Nome: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: DIVORCIADO  
Profissão: MOTORISTA  
Identidade: J.029.745 CPF: 436.936.794-87  
Endereço: RUA ARAGAC E MELO n: 377. TURRE  
JOÃO PESSOA-PB - CEP 58.040-302.

Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS  
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRA  
Profissão: Empresária  
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00  
Endereço: AV. JOAQUIM NABUCO, Nº 200, TIMBO, ABREU E LIMA -PE

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

Local e data Itapicuru, 06/16/2017



Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(Reconhecer firma por autenticidade)

Reconheço, com autentica e verdadeira fé, Fiança nº 08/2003, JUSINAS GARCIA DA SILVA FILHO, brasileiro, solteiro, 25/06/1960, RG nº 1.448.888-9, CPF nº 030.448.888-9, residente e domiciliado em Rua Santa Helena, nº 100, bairro Santa Helena, cidade de São Paulo, Estado de São Paulo, por meio do presente instrumento, a seguinte dívida:

Eu testei, da verdade, João Pessoa PB 06/09/2003 10:45:40

Joseleir Alves Batista - ESTUDANTE ALUGUEIRO

1201-0025307E001-86 89, 23 FEVEREIRO 0, 27 EEP 86

SELO DIGITAL: AFD6157-ANZ

2 Oitavo

Testes, e, atestada, no Livro de Testes nº 174, em 11/04/2003, em São Paulo, Estado de São Paulo.

MEIRA BATISTA  
Rua Elias Pereira de  
Alcântara, 40 - Mangabeira  
de São Paulo PB





# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	12/07/2017
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	843,75
--------------	--------

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

CLIENTE: JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000000005256-2

---

---

Nr. da Autenticação 24F18121C45EFDEE



**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): **JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO** Sinistro: **3170336345** Data: **10/02/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **R PROF ARNALDO DE BARROS MOREIRA, 8, 8 - MANGABEIRA - João Pessoa - PB - CEP 58055-620**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **1029745**

Data local do exame: [ **06/07/2017** ] **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 DISTAL DA TÍBIA DIREITA. VÍTIMA REFERE DOR NO TORNOZELO. AO EXAME FÍSICO, VÍTIMA APRESENTA REDUÇÃO DOS MOVIMENTOS ARTICULARES DO TORNOZELO DIREITO.**

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.  
**SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR.**

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 tornozelo direito**

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):  
**Tornozelo direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( **X** ) 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):

% do dano: ( ) 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.

Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 15ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08527507020178152001

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOSIAS GOMES DA SILVA FILHO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

#### DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

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



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 4 de dezembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

