



Número: **0862834-62.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **06/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCAS DE FARIAS MOTA (AUTOR)		ALVARO MENDES PIRES NETO (ADVOGADO) DANDARA BATISTA DE FRANCA (ADVOGADO) MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43912 119	01/06/2021 11:31	Petição	Petição
43912 120	01/06/2021 11:31	2661616_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
43912 122	01/06/2021 11:31	2661616_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190400485

Vítima: LUCAS DE FARIAS MOTA

Data do Acidente: 15/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS DE FARIAS MOTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14500797

Pag. 01839/01840 - carta_01 - INVALIDEZ





**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 05899.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05899.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:16 horas do dia 29 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Lucas de Farias Mota**, CPF nº 113.148.024-45, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Estudante, filho(a) de Ligia Alves de Farias Mota e Alexandre Guilherme Almeida Mota, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 20/08/1997 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Comerciante José Miranda de Araújo, Nº 171, complemento AP. 204, bairro Bessa, tendo como ponto de referência Próximo Ao Bessa Shopping., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99928-7548.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pb 008, Próximo a Acadepol., João Pessoa/PB, bairro Costa do Sol; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/03/19 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

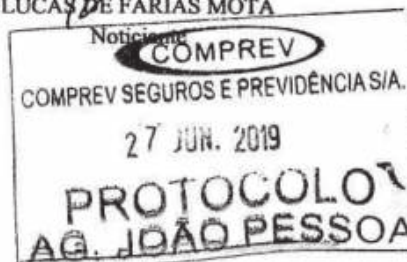
QUE, segundo o declarante no dia 15/03/2019 por volta das 08:00 horas quando transitava, pela PB 008; com o veículo tipo HONDA/XRE 300 ano e modelo: 2017/2017, de cor preta de placa: QFR2033/PB CHASSI: 9C2ND1110HR100457 pertencente ao Sr. Alexandre Guilherme Almeida Mota; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando perdeu o controle da referida moto; QUE devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido por terceiros ao HOSPITAL ALBERTO URQUISA WANDERLEY onde foi inicialmente diagnosticado FERIMENTOS ENVOLVENDO MÚLTIPLAS REGIÕES DO(S) MEMBRO(S) INFERIOR(ES) CID10 T013, Que no dia 05/05/2019 o declarante retornou ao referido hospital onde foi submetido à tratamento cirúrgico de fratura de clavícula esquerda realizada pelo médico MILTON DA SILVA LINHARES CRM-PB: 004714.

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 fé.

João Pessoa/PB, 29 de maio de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

LUCAS DE FARIAS MOTA
Notificado



Procedimento Policial: 05899.01.2019.1.00.401



Rua Fernando Luís Vianna dos Santos, 75 - Jardim Oura
João Pessoa - PB - CEP: 54037-000 - Fone: (83) 228-8888
www.decarlinto.com.br @decarlinto
Eduardo Augusto Albuquerque

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade.

João Pessoa-PB 07/06/2019 09:37:49

FRANCISCO IURY DE OLIVEIRA MAIA - Escrevente

[2019-036105] ENL:R\$ 2,48 FAPEN:R\$ 0,29 FEPI:R\$ 0,50 IRRF:R\$ 2,12

SELO DIGITAL: A1063303-6L1Y

Confira a autenticidade em <https://selo.digital.tjpb.jus.br>





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 113.148.024-45 4 - Nome completo da vítima: LUCAS DE FARIAS MOTA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: LUCAS DE FARIAS MOTA 6 - CPF: 113.148.024-45
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA COMERCIANTE JOSÉ M. DE ARAÚJO 9 - Número: 171 10 - Complemento: APTO. 204
11 - Bairro: JARDIM OCEANIA 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58037-428
15 - E-mail: LUCASMOTAG7@HOTMAIL.COM 16 - Tel.(DDD): (83) 98928-7548

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0011 6 CONTA: 31000 X AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (malnascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
CPF: _____

27 JUN. 2019

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: PROTOCOLO
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa PB 26/06/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





UNIMED J.PESSOA COOPERATIVA TRAB.MEDICO1
MV PEP Prontuário Eletrônico do Paciente
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 2 / 2
Emitido por:M4714
Em: 02/05/2019 10:32

Paciente...: 213503 - LUCAS DE FARIAS MOTA Dt. Nasc: 20/08/1997 Idade.: (21a 8m 12d)
Atendimento: 1975885 Serviço: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito... Internação.: 02/05/2019 - Hr. Int.: 09:07 Dias Int.: 0 | Nome da Mãe ...: LIGIA ALVES
DE FARIAS MOTA Convênio...: UNIMED JOAO PESSOA
Médico...: MILTON DA SILVA LINHARES - CRM 004714
FUNÇÃO: MEDICO (A) COOPERADO | Prescrição...: 3629058 | Data...: 02/05/2019 | Hr...: 10:27
Diagnóstico...: | Cid...: S420 FRATURA DA CLAVICULA
| Sup. Corporea...: |

1ª VIA



Peso...: | Altura...:

Classificação de Risco:POUCO URGENTE

PROCEDIMENTOS MEDICOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
15 CONTROLE DE SSVV					6/6hr	[02/05] . 11 . 17 . 23 [03/05] . 05



CONFERE COM ORIGINAL
Hosp.Alberto Urquiza Wenderley

Imprimido em 20/05/2019 10:37:44 - UNIMED JOAO PESSOA COOPERATIVA DE TRABALHADORES MEDICOS

Paciente: 213503 - LUCAS DE FARIAS MOTA

Idade: 21

Data de Nascimento:

Prestador Assistente: MARIA DO SOCORRO CAMPOS BARROS OLIVEIRA

Conselho / Número Cons.: CRM - PB - 003380

Função: MEDICO (A) COOPERADO

EVOLUÇÃO MÉDICA - PA

Atendimento 1947830

Leito:

Admissão: 15/03/2019 09:17

Convênio: UNIMED JOAO PESSOA

Plano: PLANO COM REDUTOR

EVOLUÇÃO: 3504022 (FECHADO)

Responsável: MARIA DO SOCORRO CAMPOS BARROS
OLIVEIRA - CRM 003380 / CIRURGIA GERAL

Data de Referência:

15/03/2019

Data/Hora do Documento:

15/03/2019 09:52

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTANDO DEFORMIDADE DE OMBRO E, COM EDEMA NA CLAVICULA E.



Este registro foi assinado digitalmente de acordo com a ICP-Brasil, MP 2.200-2/2001, Resolução CFM 1621/2007, Resolução CBO 912/2009, tendo sido gerado em um sistema certificado no processo de Certificação para Sistemas de Registro Eletrônico em Saúde (SRES) da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS) sob Nº 243.

MARIA DO SOCORRO CAMPOS DE BARROS OLIVEIRA 3373678465. AG VALID RFB: 2373678465. 15/03/2019 09:52 BRT 15/03/2019.

NOTA: TODAS AS INFORMAÇÕES DE DATA E HORA NESTE REGISTRO ESTÃO NO MESMO FUSO HORÁRIO (BRT).

CONFERE COM ORIGINAL

Hosp. Alberto Urquiza Wanderley



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS DE FARIAS MOTA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00011-6

CONTA: 000010031000-1

Nr. da Autenticação A7D071E5763B5281





Cod. para Débito Automático: 00012970869

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mai / 2019	08/05/2019	06/06/2019	504.498.184-20

UC (Unidade Consumidora): 5/1297086-9

Canal de contacto

Entre-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em
saude.gov.br/vacinabrasil

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
04/01/19	76532	04/05/19	26756			141			30
Demonstrativo									
0000	0000			A ADQDE A FATO	A BANCALC AFD	CONBANCALC	HQ	OP	IS
				B	AI(S)	IO(S)	IO		
									NCFI(S): 0,571624447026
0601	Consumo em kWh	144,200	2548390	121,88	121,88	27	02,91	121,98	1,18 5,45
0801	Adc B Amarela			0,57	2,57	27	0,16	0,57	0,00 0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTAB SERV COM PUBLICA			4,80	0,00	0	2,00	0,00	0,00 7,80

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
27 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CC: Código de Classificação do Item	TOTAL	127,35	122,45	33,08	122,45	1,16	5,47
Med. últimos meses (kwh)		0,571770					
	VENCIMENTO						TOTAL A PAGAR

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

~~4410612040~~

~~Rs 127.35~~

Historico de Consumo (KWh)

204	203	211	193	194	195	210	192	189	190	175	207
Mar'19	Jun'18	Jul'18	Apr'18	Set'18	Oct'18	Nov'18	Dec'18	Jan'19	Feb'19	Mar'19	Apr'19

RESERVADO AO FISCO

~~3a88.8a69.e1fb.86a9.5abc.b93d.2f8a.9722~~ Composição

Composição do Consumo

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de tensão (V)
------------------	---------	----------------------

Discriminacao	Valor (R\$)	%
ELABOR. ORÇAMENTOS	22.65	22.65

Scanned with CamScanner





DATA DE POSTAGEM
29/05/2019

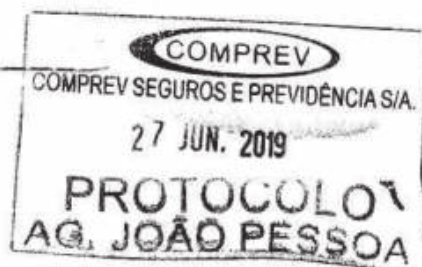


GTC RECIFE PE PL7

CLAUDIA KELLY PEREIRA DE LIMA PAIVA
RUA COMERCIANTE EDILSON PAIVA DE ARAUJO 642 X
JARDIM CIDADE UNIVERSITARIA
58052-750 JOAO PESSOA PB



001224288



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ALEXANDRE GUILHERME ALMEIDA MOTA,
RG nº 1.079.919 SSP-PB, data de expedição 08/09/2005
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 504.498.184-20,
com domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA COMERCIANTE JOSÉ MIRANDA DE ARAÚJO, nº 171,
complemento APTO 204, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
MOTO HONDA XRE 300, cujo o condutor era
LUCAS DE FARIAS MOTA.
Veículo: MOTO Modelo: MOTO HONDA XRE 300 Ano: 2017
Placa: QFR 2033 Chassi: 9C2ND1110 HR100457
Data do Acidente: 15/03/19

Local e Data: João Pessoa, 10/06/2019

Alexandre Guilherme Almeida Mota
Assinatura do Declarante

Decarlinto
10º Ofício

Lucas de Farias Mota
Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante de sinistro)

Decarlinto
Serviço Nacional de Atendimento ao Cidadão
Crie, com o gov.br

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de: ALEXANDRE GUILHERME ALMEIDA MOTA
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 14/06/2019 09:29:15
FRANCISCO JURY DE OLIVEIRA NAIÁ - Escrevente
[2019-043344]EML:R6 49.91 FARPEN:R4 0.29 FEPJ:R4 1.98 ISS:R4
SELO DIGITAL: A1504243-CORD
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
27 JUN. 2019
PROTOCOLO
AQ. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, ALEXANDRE GUILHERME ALMEIDA MOTA
RG nº 1.079.919 SSP-PB, data de expedição 08/09/2005
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 504.498.184-20
com domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA COMERCIANTE JOSÉ MIRANDA DE ARAÚJO, nº 171
complemento APTO 204, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
MOTO HONDA XRE 300, cujo o condutor era
LUCAS DE FARIAS MOTA
Veículo: MOTO Modelo: MOTO HONDA XRE 300 Ano: 2017
Placa: QFR 2033 Chassi: 9C2ND1110MHR106457
Data do Acidente: 15/03/19

Local e Data:

João Pessoa, 10/06/2019

Alexandre Guilherme Almeida Mota

Assinatura do Declarante

Lucas de Farias Mota

Assinatura do Condutor

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



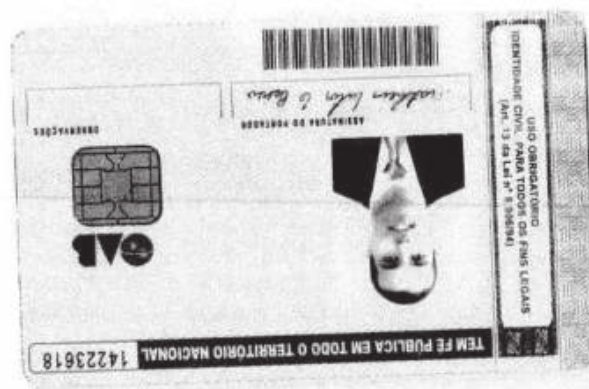
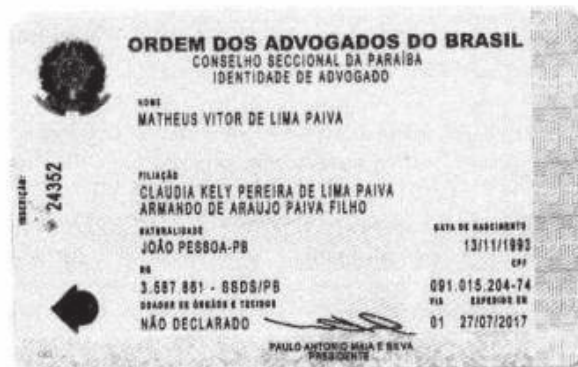
Reconheço, por cotejamento, a(s) firma(s) de:
ALEXANDRE GUILHERME ALMEIDA MOTA
Em testada verdade, João Pessoa-PB 10/06/2019 09:29:15
FRANCISCO IURY DE OLIVEIRA MAIA - Escrevente
C2019-0493491ENCLIBR 89.93 FARPENBR 0.20 FEPJBR 1.00 ISSA
SELO DIGITAL: A1304243-CORD
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVID

PROTOCOLO
AQ. JOAO PES

Decarlinto
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:
ALEXANDRE GUILHERME ALMEIDA MOTA
Em testada verdade, João Pessoa-PB 10/06/2019 09:29:15
FRANCISCO IURY DE OLIVEIRA MAIA - Escrevente
C2019-0493491ENCLIBR 89.93 FARPENBR 0.20 FEPJBR 1.00 ISSA
SELO DIGITAL: A1304243-CORD
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE 0045840040

DETTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 014798229926
PR 20190000128955-4

VIA 1 COD. RENAVAM 0113972304-6 R.N.T.R.C. 00/00000000 EXERCÍCIO 2019

NOME
ALEXANDRE GUILHERME ALMEIDA MOTA

CPF / CNPJ
50449818420

PLACA
QFR2033/PB

PLACA ANT / UF
NOVO PB

CHASSI
9C2ND1110HR100457

ESPÉCIE TIPO
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTÍVEL
ALCO/GASOL

MARCA / MODELO
HONDA/XRE 300

ANO FAB 2017 ANO MOD 2017

CAP / POT / CIL
2 P/291 /CI

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA
I P V A 00/00/0000

VENC / COTAS
1°
2°
3°

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 29/03/2019

OBSERVAÇÕES

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

LOCAL
JOAO PESSOA-PB

DATA
01/04/2019

99999999

32221

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, O
TRANSPORTADAS OU NA

PB Nº 014798229926

ESTE É O SEU BILHETE
PARA MAIS INFORMAÇ
AS CONDIÇÕES GERA

www.segurador

SAC DPVAT 08

COMPREV
SEGUROS E PREVI

27 JUN. 2019

VIA 1 50449818420

RENAVAM 01139723046 HONDA/XR

ANO FAB 2017 CAT. TARIF. 9 9C2ND11

PRÊMIO T

FNS (R\$)

DENAT

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF
SEG

PAGAMENTO

\$ COTA ÚNICA

SEGURO

CNPJ 0

32221-10504



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190400485 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS DE FARIAS MOTA **Data do acidente:** 15/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) ALTA MÉDICA. P.05/16/141/170/171

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190400485 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS DE FARIAS MOTA **Data do acidente:** 15/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) ALTA MÉDICA. P.05/16/141/170/171

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: LUCAS DE FARIAS MOTA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO
PROFISSÃO: ESTUDANTE **Nº DO RG:** 3596767
ORGÃO EMISSOR: SSP - PB **DATA DE EMISSÃO:** 23/10/2007
Nº CPF: 113.148.024-45 **ENDEREÇO:** RUA COMERCIANTE
JOSÉ MILANDA DE ARAÚJO

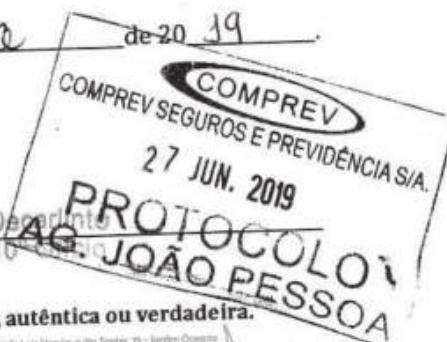
OUTORGADO: MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO **Nº DO RG:** 35.352
ORGÃO EMISSOR: OAB/PB **DATA DE EMISSÃO:** 27/07/2019
Nº CPF: 091.015.205-79 **ENDEREÇO:** COMERCIANTE EDIL -
SOM PAIVA DE ARAÚJO - 652 - JARDIM CID. UNIVERSITÁRIA.

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário LUCAS DE FARIAS
MOTA, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora
que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de
acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo,
em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos,
municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar,
solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de
pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa - PB, 07 de Junho

Lucas de Farias Mota
Assinatura



OBS: Reconhecimento a firma da assinatura, por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:.....
LUCAS DE FARIAS MOTA.....
Em test. da verdade, João Pessoa - PB, 07/06/2019, 09:37:12
FRANCISCO IURY DE OLIVEIRA MAIA - Escrivão OAB/PB 198.155-RA 0.50
[2019-0436423] EML-RS 19.91 FARPENCO 0.29 FEPJ: 19.91 FEPJ: 19.91
SELO DIGITAL: AIR51049-R2WQ
Confira a autenticidade em <http://seledigital.jus.br>

Rua Fernando Luiz Henrique dos Santos, 75 - Jardim Oásis
João Pessoa - PB - CEP: 53087-000 - Fone: (33) 3228-0800
www.decarlinto.com.br
Flávio Sérgio Albuquerque



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217001/19
Vítima: LUCAS DE FARIAS MOTA
CPF: 113.148.024-45
CPF de: Próprio
Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A
Data do acidente: 15/03/2019
Titular do CPF: LUCAS DE FARIAS MOTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA : 091.015.204-74

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

LUCAS DE FARIAS MOTA : 113.148.024-45

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/06/2019
Nome: MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA
CPF: 091.015.204-74

MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/06/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217001/19

Número do Sinistro: 3190400485

Vítima: LUCAS DE FARIAS MOTA

CPF: 113.148.024-45

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 15/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCAS DE FARIAS MOTA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentos de identificação

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/08/2019
Nome: MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA
CPF: 091.015.204-74

MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





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

Processo n.º 08628346220198152001

BRADESCO SEGUROS 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 **LUCAS DE FARIAS MOTA**, 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:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 27 de maio 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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 11:31:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060111312136100000041754348>
Número do documento: 21060111312136100000041754348