



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	<u>Petição</u>	Petição
43912 120	01/06/2021 11:31	<u>2661616_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
43912 122	01/06/2021 11:31	<u>2661616_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 11:31:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106011131197230000041754345>
Número do documento: 2106011131197230000041754345

Num. 43912119 - Pág. 1



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, contados 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



00010920



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**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, N° 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 MÚLTIPLOS 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 29 de maio de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

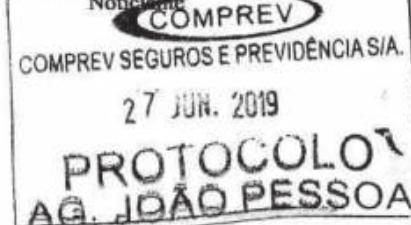
Decarlinho
Solução digital para o seu negócio.
Crie e gerencie sua loja online.

Rua Fernandes Luís Henrique dos Santos, 75 - Centro Distrito
João Pessoa - PB - CEP: 50010-000 - Fone: (83) 3288-4000
www.decarlinho.com.br | [Facebook](https://www.facebook.com/decarlinho) | [Instagram](https://www.instagram.com/decarlinho/)

Autentico, a presente cópia, reprodução fiel do original apresentado. Em testemunho da verdade,
João Pessoa-PB 07/06/2019 09:37:49
FRANCISCO JURY DE OLIVEIRA MAIA - Escrivão
[2019-036105] EMLI:R\$ 2,48 FARPN:R\$ 0,42 FEPJ:R\$ 0,50 LAR:R\$ 0,12
SELO DIGITAL: A10433037-61Y
Confira a autenticidade em <https://seledigital.tjpb.jus.br>



LUCAS DE FARIAS MOTA



Procedimento Policial: 05899.01.2019.1.00.401



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 11:31:20

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060111312045100000041754346>

Número do documento: 21060111312045100000041754346

Num. 43912120 - Pág. 2

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: 4 - Nome completo da vítima:
113.148.024-45 **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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
LUCAS DE FARIAS MOTA	113.148.024-45		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
RECUSO	Rua COMERCIANTE JOSÉ M. DE ARAÚJO	171	APTO. 204
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Jardim Oceania	João Pessoa	PB	58037-428
15 - E-mail:	(16) Tel.(DDD): (83) 90928-7548		
LUCASMOTA97@Hotmail.com			

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0011** CONTA: **31 000**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(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

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.

MORTE

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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não
 teve filhos? Vivos: Falecidos: nascido (nascer)? Vivos: Falecidos: pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

NAO ALFABETIZADO

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

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: **COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.**
 CPF: _____

27 JUN. 2019

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: **PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA**
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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 FARIA 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 | Peso.: | Altura.:
| Sup. Corporea.: |

1ª VIA



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 Wonderley

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 11:31:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060111312045100000041754346>
Número do documento: 21060111312045100000041754346

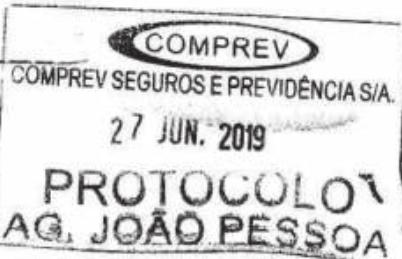
Num. 43912120 - Pág. 6



DATA DE POSTAGEM
29/05/2019



CTC RECIFE PE PL7
CLAUDIA KELLY PEREIRA DE LIMA PAIVA
RUA COMERCIANTE EDILSON PAIVA DE ARAUJO 6422 X
JARDIM CIDADE UNIVERSITARIA
58052-750 JOAO PESSOA PB





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

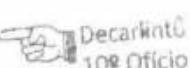
SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
MOTO HONDA XRE 300, cujo o condutor era
LUCAS DE FARIA MOTA.

Veículo: MOTO Modelo: MOTO HONDA XRE 300 Ano: 2017
Placa: QFR 2033 Chassi: 9C2ND1110HR100457
Data do Acidente: 15/03/19

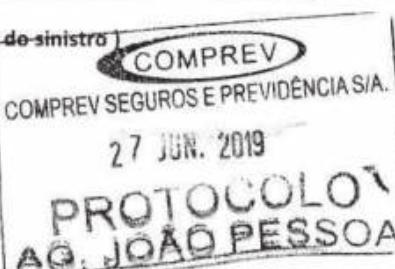
Local e Data:

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 seção à data, a(s) firma(s) de:
ALEXANDRE GUILHERME ALMEIDA MOTA
Em testemunha verdade, João Pessoa-PB 14/06/2019 09:29:15
FRANCISCO JURY DE OLIVEIRA MOTA - Escrivane
2019-045347ENOL-R\$ 17,91 FARPEI-R\$ 0,29 FEPJ-R\$ 1,98 ISS-R\$ 0,00
SELO DIGITAL: A1504243-LBRC
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





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 MOTTA,
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 FARIA MOTTA.

Veículo: MOTO Modelo: MOTO HONDA XRE 300 Ano: 2017
Placa: QFR 2033 Chassi: 9C2ND1110HR1000457REV
Data do Acidente: 15/03/19

Local e Data:

João Pessoa, 10/06/2019

Alexandre Guilherme Almeida Motta

Assinatura do Declarante

Lucas de Farias Motta

Assinatura do Condutor

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



Reconheço, por satisfação, a(s) Firma(s) de:

ALEXANDRE GUILHERME ALMEIDA MOTTA.....

Em testem verade, João Pessoa-PB 10/06/2019 07:29:15

Françisco Iury de Oliveira Maia - Escrivano

(2019-0433491EMULS R\$ 9,91 FEP/EMR 0,29 FEP/R\$ 1,70 ISS/EMR

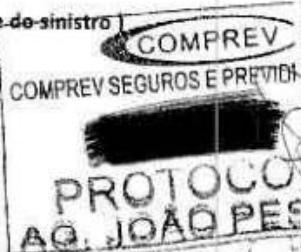
SEL. DIGITAL A1504243-CORD

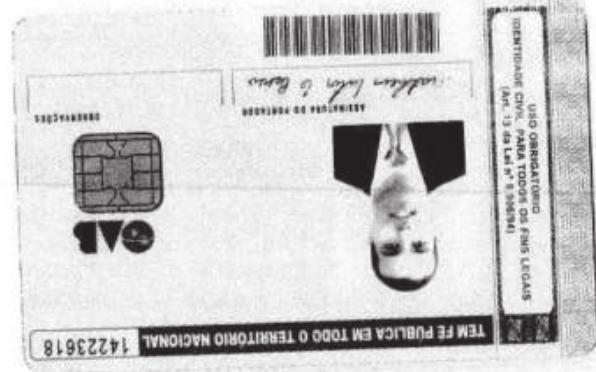
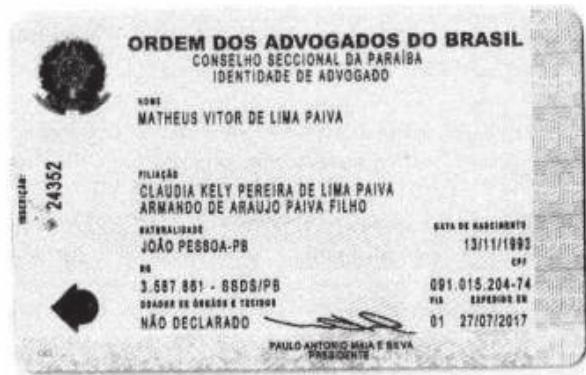
Confira a autenticidade no: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 11:31:20

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060111312045100000041754346
Número do documento: 21060111312045100000041754346

Num. 43912120 - Pág. 10





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 11:31:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060111312045100000041754346>
Número do documento: 21060111312045100000041754346

Num. 43912120 - Pág. 11

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

LACRE 00458400040
DENATRAN CONTRAN

DETAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
PRF 20190000128955-4 EXERCÍCIO
VIA COD. RENAVAM R.N.T.R.C.
1 0113972304-6 00/00000000 2019

NOME
ALEXANDRE GUILHERME ALMEIDA MOTA

CPF / CNPJ 50449818420 PLACA QFR2033/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB CHASSI SC2ND1110HR100457

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL 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 UNICA VENC. COTA UNICA VENC / COTAS
I P V A ***** 00/00/0000 1º
FAIXA I PVA PARCELAGEM / COTAS 2º
***** 0 3º

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURADO PAGO 29/03/2019

OBSERVAÇÕES
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

JOAO PESSOA-PB LOCAL 01/04/2019 DATA
99999999 32221



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

PB Nº 014798229926

ESTE É O SEU BILHETE
PARA MAIS INFORMAÇÕES CONSULE
AS CONDIÇÕES GERAIS

www.segurador.com.br

SAC DPVAT 0800 772 27 JUN. 2019

COMPRE SEU BILHETE
SEGURADO SEGURO SE PREVINA
PROTOCOLO

VIA 1 50449818420 RENAVAM 1139723046 MARCA HONDA/XR
ANO FAB. 2017 CAT. TAB. 9 CHASSI 9C2ND11

PRÉMIO 1
FNS (R\$) DENATRAN

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF
***** SEG
PAGAMENTO
\$ COTA ÚNICA

SEGURADO
CNPJ 01
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 ANALISE 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 11:31:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060111312045100000041754346>
Número do documento: 21060111312045100000041754346

Num. 43912120 - Pág. 13

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 ANALISE 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 11:31:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060111312045100000041754346>
Número do documento: 21060111312045100000041754346

Num. 43912120 - Pág. 14

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: LUCAS DE FARIAS MOTA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO
PROFISSAO: ESTUDANTE **Nº DO RG:** 3596767
ÓRGÃO EMISSOR: SSP - PB **DATA DE EMISSÃO:** 23/10/2007
Nº CPF: 113.148.024-45 **ENDEREÇO:** Rua Comerciante José Miranda de Araújo

OUTORGADO: MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO
PROFISSAO: ADVOGADO **Nº DO RG:** 25.352
ÓRGÃO EMISSOR: OAB / PB **DATA DE EMISSÃO:** 27/07/2017
Nº CPF: 091.015.205-79 **ENDEREÇO:** COMERCIANTE EDIF. SON PAIVA DE ARAÚJO - 652 - JARDIM CID. UNIVERSITÁRIA.

PODERES:

Para requerer o Seguro DPVAT da vitima/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 vitima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

João Pessoa - PB , 07 de Junho de 2019

Lucas de Farias Mota Assinatura

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
27 JUN. 2019
PROTÓCOLO
AO JOÃO PESSOA

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217001/19

Vítima: LUCAS DE FARIAS MOTA

CPF: 113.148.024-45

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/03/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/06/2021 11:31:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21060111312045100000041754346>
Número do documento: 21060111312045100000041754346

Num. 43912120 - Pág. 16

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0217001/19

Número do Sinistro: 3190400485

Vítima: LUCAS DE FARIAS MOTA

Data do acidente: 15/03/2019

CPF: 113.148.024-45

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCAS DE FARIAS MOTA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MATHEUS VITOR DE LIMA PAIVA

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 FARIA MOTA**, em trâmite perante este Duto 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



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

Num. 43912122 - Pág. 1

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

Num. 43912122 - Pág. 2