



Número: **0883855-94.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **19/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MATHEUS VALENTE DE LIMA (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
DIOCLECIO FERREIRA DE LIMA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36733 246	17/11/2020 11:32	Petição	Petição
36733 247	17/11/2020 11:32	2701411_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02	Outros Documentos
36733 701	17/11/2020 11:32	2701411_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1	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, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592924

Vítima: MATHEUS VALENTE DE LIMA

Data do Acidente: 28/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MATHEUS VALENTE DE LIMA

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,

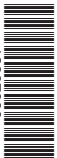
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14986556

Pag. 01373/01374 - carta_01 - INVALIDEZ

00020687





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, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190592924

Vítima: MATHEUS VALENTE DE LIMA

Data do Acidente: 28/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MATHEUS VALENTE DE LIMA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **MATHEUS VALENTE DE LIMA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **341**

Agência: **000008757**

Conta: **0000038893-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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:

703.323.894-05 Mathews Valente de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Mathews Valente de Lima 703.323.894-05

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Recuso R. Alcides Ribeiro da Silva 264

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Gramame João Pessoa PB 58067-673

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

(83) 986634900

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
☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 8757 CONTA: 88893 2 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento recebido em 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:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 16/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



agência - 8757
conta - 38893-2

Nº da Agência/Conta/DAC

Cliente
Nome (sem abreviação)

MATHEUS VALENTE DE LIMA

Bem-vindo ao Itaú. É uma grande satisfação ter você como cliente.

Recebemos a Proposta de Abertura da Conta Universal Itaú, de Contratação de Serviços - PF e de Pacote de Serviços; assim que for aceita, você será comunicado e passará a ter acesso a Conta Universal Itaú e aos serviços a ela vinculados.

Na Proposta de Abertura da Conta, você solicitou a contratação dos seguintes serviços:

Cartão Provisório Itaú ☒ Sim ☐ Não
Entrega de Cheques em Domicílio ☒ Sim ☐ Não
Adiantamento a Depositantes (AD) ☒ Sim ☐ Não
LIS - Limite Itaú para Saque ☒ Sim ☐ Não
Seguro LIS Itaú ☒ Sim ☐ Não
Cartão de Crédito Itaúcard: MULTIPLO ☒ Sim ☐ Não
Serviço de Avaliação Emergencial de Crédito ☒ Sim ☐ Não
Cartão de Débito Itaú ☒ Sim ☐ Não
Seguro Cartão Protegido (Múltiplo e/ou Débito) ☒ Sim ☐ Não
Aplicações e Resgates Automáticos (Aplic. Aut. Mais Itaú) ☒ Sim ☐ Não
Fatura Digital ☒ Sim ☐ Não

Pacote de Serviços - () não solicitou - (x) solicitou Pacote Padronizado ITI com mensalidade de R\$ 28,40. Para conhecer os serviços incluídos neste pacote, consulte a Tabela Geral de Tarifas, disponível nas agências ou no site www.itaubr.com.br.

Cartão 1º titular - () não solicitou - (x) solicitou MULTIPLO MASTERCARD

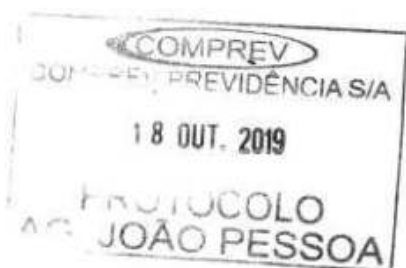
no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em 06 vezes sem juros, com vencimento todo dia 06 de cada mês.

Cartão 2º titular - (x) não solicitou - () solicitou

no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em 06 vezes sem juros, com vencimento todo dia de cada mês.

Cartão adicional - (x) não solicitou - () solicitou

da anuidade cobrada do respectivo titular. O cartão pagará 50%





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 11525.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11525.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:03 horas do dia 03 de outubro 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 **Dioclécio Ferreira de Lima**, CPF nº null, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Vigilante, filho(a) de Maria Martins da Guia e Renato Ferreira de Lima, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 21/10/1980 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rodrigues dos Santos, Nº 112, complemento CASA, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Igreja Universal., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99647-3005.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua José Constantino da Cunha, Próximo Ao Condomínio Irmã Dulce., João Pessoa/PB, bairro Gramame; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/12/17 21:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

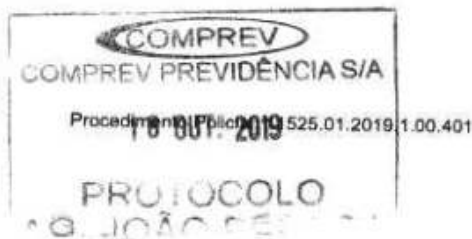
QUE, segundo a declarante no dia 28/12/2017 por volta das 21:00 horas seu filho menor MATHEUS VALENTE DE LIMA portador do CPF: 703.323.894-05 transitava na garupa da moto tipo YAMAHA/FAZER YS250 ano e modelo: 2011/2012, de cor prata; de placa: OFB8060/PB CHASSI: 9C6KC0460C0057408 pertencente ao Sr. Walber Lima Monteiro. Que o declarante pilotava normalmente na Rua José Constantino da Cunha, Gramame, João Pessoa-PB, quando um caminhão não identificado entrou de uma vez na sua frente. Que o declarante não teve tempo hábil de frenagem, vindo a colidir com na traseira do caminhão, que devido ao fato seu filho menor MATHEUS VALENTE DE LIMA veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU ao HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde, posteriormente foi transferido para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITTY, onde o menor foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 0227/2019, FRATURA DE OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA CRM/PB 3883.

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, 03 de outubro de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


DIOCLÉCIO FERREIRA DE LIMA
Noticiante





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:

703.323.894-05 Mathews Valente de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Mathews Valente de Lima 703.323.894-05

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Recuso R. Alcides Ribeiro da Silva 264

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

Gramame João Pessoa PB 58067-673

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

(83) 986634900

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\$1.000,00 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: 8757 CONTA: 88893 2 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem nesta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento recebido em 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: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 16/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



agência - 8757
conta - 38893-2

Nº da Agência/Conta/DAC

Cliente
Nome (sem abreviação)

MATHEUS VALENTE DE LIMA

Bem-vindo ao Itaú. É uma grande satisfação ter você como cliente.

Recebemos a Proposta de Abertura da Conta Universal Itaú, de Contratação de Serviços - PF e de Pacote de Serviços; assim que for aceita, você será comunicado e passará a ter acesso a Conta Universal Itaú e aos serviços a ela vinculados.

Na Proposta de Abertura da Conta, você solicitou a contratação dos seguintes serviços:

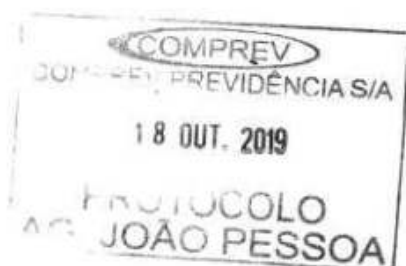
Cartão Provisório Itaú	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Entrega de Cheques em Domicílio	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Adiantamento a Depositantes (AD)	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
LIS - Limite Itaú para Saque	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Seguro LIS Itaú	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cartão de Crédito Itaúcard: MULTIPLO	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Serviço de Avaliação Emergencial de Crédito	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Cartão de Débito Itaú	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Seguro Cartão Protegido (Múltiplo e/ou Débito)	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Aplicações e Resgates Automáticos (Aplic. Aut. Mais Itaú)	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Fatura Digital	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não

Pacote de Serviços - () não solicitou - (x) solicitou Pacote Padronizado ITI com mensalidade de R\$ 28,40. Para conhecer os serviços incluídos neste pacote, consulte a Tabela Geral de Tarifas, disponível nas agências ou no site www.itaubr.com.br.

Cartão 1º titular - () não solicitou - (x) solicitou MULTIPLO MASTERCARD no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em 06 vezes sem juros, com vencimento todo dia 06 de cada mês.

Cartão 2º titular - (x) não solicitou - () solicitou no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em 06 vezes sem juros, com vencimento todo dia de cada mês.

Cartão adicional - (x) não solicitou - () solicitou O cartão pagará 50% da anuidade cobrada do respectivo titular.



HOSPITAL MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITAL MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
56056-334 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 90210 Atd: Nao Regulad
Data: 28/12/2017
Hora: 22:19:16
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SERR.
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: MATHEUS VALENTE DE LIMA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.12.003953

CNS: 898002721124309 Sexo: M IDENTIDADE: 4086199 Fone: 987753016

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 06/11/2002 Id: 15 ano(s)

End.: RUA JOSE RODRIGUES DOS SANTOS, 112

Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ROSENILDA VALENTE DA SILVA

Pai: DIOCLECIO FERREIRA DE LIMA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupacao: ESTUDANTE

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: PAI

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Tra porte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 15:30/COLINAS

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO S/A

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Displasia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

C. AG MOTO X CARRO. TRAUMA EM MSE.

PACIENTE ENCAMINHADO PELO HEETSHL, CONFORME
PACTUACAO. LIBERADO PELAS DEMAIS ESPECIALID/
NO HEETSHL (SIC).

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

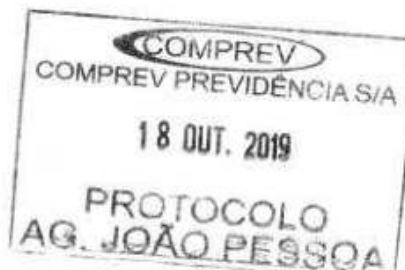
| Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao



Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MATHEUS VALENTE DE LIMA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08757

CONTA: 000000038893-2

Autenticação:

4A31271B1269221A3F0232B1025429F703E3588A7DBD55195CCA086DA437D637



[illegible]

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPE/ CNPJ/ RANI
Mar/ 2019	27/03/2019	26/04/2019	102 738 164-68

UC (Unidade Consumidora): 5/1800622-1

Canal de contato

[illegible]

Medios últimos meses (kWh)

Media últimos meses (kWh)

VENCIMENTO

03/04/2019

Histórico de Consumo (kWh)

TOTAL A PAGAR

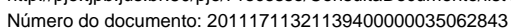
RS 63.67

4aad d9f6 fa36 atc7 ec1d 45c1 bc84 c2d1

Indicadores de Qualidade		Tabela Padrão	
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
1. Média de Tensão	5,79	5,83	11,000
2. Desvio Padrão	0,10	0,10	
3. Média de Perdas	1,20	1,20	
4. Média de Fator de Potência	95%	95,20	
5. Média de Índice de Qualidade	100	100	
6. Média de Índice de Sinalização	100	100	
7. Média de Índice de Atendimento	100	100	
8. Média de Índice de Satisfação	100	100	

Diagnosis	Var1 (%)	%
1. 1000000	100	100
2. 1000000	100	100
3. 1000000	100	100
4. 1000000	100	100
5. 1000000	100	100
6. 1000000	100	100
7. 1000000	100	100
8. 1000000	100	100
9. 1000000	100	100
10. 1000000	100	100
11. 1000000	100	100
12. 1000000	100	100
13. 1000000	100	100
14. 1000000	100	100
15. 1000000	100	100
16. 1000000	100	100
17. 1000000	100	100
18. 1000000	100	100
19. 1000000	100	100
20. 1000000	100	100
21. 1000000	100	100
22. 1000000	100	100
23. 1000000	100	100
24. 1000000	100	100
25. 1000000	100	100
26. 1000000	100	100
27. 1000000	100	100
28. 1000000	100	100
29. 1000000	100	100
30. 1000000	100	100
31. 1000000	100	100
32. 1000000	100	100
33. 1000000	100	100
34. 1000000	100	100
35. 1000000	100	100
36. 1000000	100	100
37. 1000000	100	100
38. 1000000	100	100
39. 1000000	100	100
40. 1000000	100	100
41. 1000000	100	100
42. 1000000	100	100
43. 1000000	100	100
44. 1000000	100	100
45. 1000000	100	100
46. 1000000	100	100
47. 1000000	100	100
48. 1000000	100	100
49. 1000000	100	100
50. 1000000	100	100
51. 1000000	100	100
52. 1000000	100	100
53. 1000000	100	100
54. 1000000	100	100
55. 1000000	100	100
56. 1000000	100	100
57. 1000000	100	100
58. 1000000	100	100
59. 1000000	100	100
60. 1000000	100	100
61. 1000000	100	100
62. 1000000	100	100
63. 1000000	100	100
64. 1000000	100	100
65. 1000000	100	100
66. 1000000	100	100
67. 1000000	100	100
68. 1000000	100	100
69. 1000000	100	100
70. 1000000	100	100
71. 1000000	100	100
72. 1000000	100	100
73. 1000000	100	100
74. 1000000	100	100
75. 1000000	100	100
76. 1000000	100	100
77. 1000000	100	100
78. 1000000	100	100
79. 1000000	100	100
80. 1000000	100	100
81. 1000000	100	100
82. 1000000	100	100
83. 1000000	100	100
84. 1000000	100	100
85. 1000000	100	100
86. 1000000	100	100
87. 1000000	100	100
88. 1000000	100	100
89. 1000000	100	100
90. 1000000	100	100
91. 1000000	100	100
92. 1000000	100	100
93. 1000000	100	100
94. 1000000	100	100
95. 1000000	100	100
96. 1000000	100	100
97. 1000000	100	100
98. 1000000	100	100
99. 1000000	100	100
100. 1000000	100	100
Total	42.87	100.00

PROTOCOLLO





CERTIDÃO

Nº. 0227/2019

Atendendo solicitação de DIOCLECIO FERRERIA DE LIMA 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 Nº90210 e prontuário de Nº2017.12.003953 pertencente a **MATHEUS VALENTE DE LIMA** que foi atendido dia 28/12/2017 às 22H19min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em punho esquerdo.

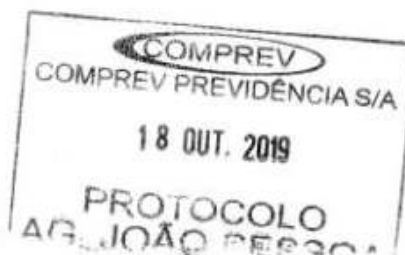
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos do antebraço esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 28/12/2017 com alta médica dia 29/12/2017.

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

João Pessoa, 01 de março de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



HOSPITAL MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITAL MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
56056-334 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 90210 Atd: Nao Regulad
Data: 28/12/2017
Hora: 22:19:16
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SERR
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: MATHEUS VALENTE DE LIMA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.12.003953

CNS: 898002721124309 Sexo: M IDENTIDADE: 4086199 Fone: 987753016

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 06/11/2002 Id: 15 ano(s)

End.: RUA JOSE RODRIGUES DOS SANTOS, 112

Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: ROSENILDA VALENTE DA SILVA

Pai: DIOCLECIO FERREIRA DE LIMA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTUDANTE

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: PAI

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Tra porte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 15:30/COLINAS

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

COMPREV
COMPREV PREVENÇÃO
18-007-2019
AG-PROT-0010-2019

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia [] Displasia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

C. AO MOTO X CARRO. TRAUMA EM MSE.

PACIENTE ENCAMINHADO PELO HEETSHL, CONFORME
PACTUACAO. LIBERADO PELAS DEMAIS ESPECIALID/
NO HEETSHL (SIC).

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Exame Fisico / Exame de Trauma (E)
- Aberto Trauma Bilateral (E) e / trauma
6 horas de evolucao.

Diagnostico

[] Conduta

Prescricao

[] Horario da medicacao

Prescricao Trauma (E)
L. 11.111-11/2017
SIC: 006073
Hospital Uniao, JP

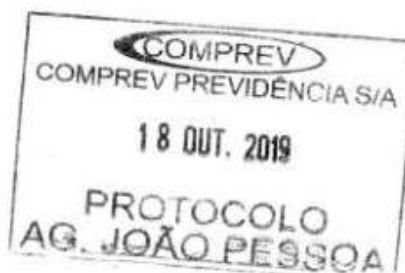
Exame Fisico / Exame de Trauma (E)
- Aberto Trauma Bilateral (E) e / trauma
6 horas de evolucao.



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao



Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

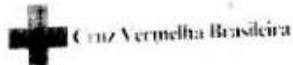
DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente MATHEUS VALENTE DE LIMA	BAE 1051669	Data/Hora Entrada 28/12/2017 16:21:12	Data Baixa
Data de nascimento 01/01/2002	Idade 15	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987753016
Mãe ROSENILCA VALENTE DA SILVA			Prontuário
Endereço DAS PITANGUEIRAS, 31	Bairro MUÇUMAGRO	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS	Nº Cons. Regional 10575/PB
Data/Hora Classificação 28/12/2017 16:21:12		Data/Hora Prescrição 28/12/2017 17:53:43	
Convênio SUS	Nº Matricula		Senha

anamnese

/Ortopedia

Paciente com histórico de queda de moto hoje. Queixando-se de dor em punho esquerdo.

EFO: Dor, limitação funcional, e deformidade em punho esquerdo

RX: Fratura de rádio e ulna distais com desvio

CD: Imobilização. Aguarda Liberação das demais clínicas para encaminhar ao ortotrauma

Staff: Dr. Thales Seabra

PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR

CID10

Código	Descrição
S52.6	Fratura da extremidade distal do rádio e do cúbito [ulna]

Conduta

Em observação

MATHEUS VALENTE DE LIMA

Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
JOAO PESSOA - PB 10575
PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(CRM: 10575/PB)



Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 28/12/2017 16:24:08





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em decúbito dorsal horizontal. Sale frontal de 2 cm - + Anterior porc - canos a 1 cm.
Incisão:	
Achados:	
Conduta:	Aplicação de sutura imbricada Sale de 2 cm de extensão. Extensão da incisão com 02 Fios de 2.0. M x canos Sale 4 cm de extensão.
Fechamento:	
OBS:	

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
18 OUT. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Eneas P. Bessa Neto
MÉDICO
CRM 8498

Data: 28/12/17

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

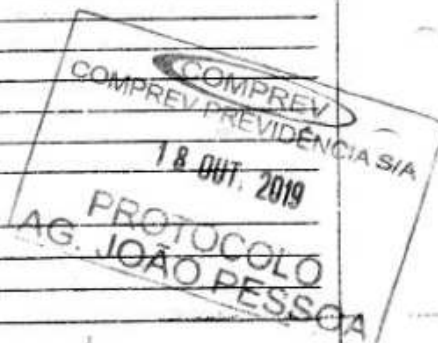
Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

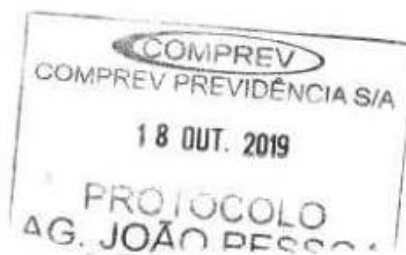
Dr. Eneas P. Bessa Neto
MÉDICO
CRM 12.345

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.086.199
DATA DE EXPEDIÇÃO	27/08/2012
NOME MATHEUS VALENTE DE LIMA	
FILIAÇÃO DIOCLÉCIO FERREIRA DE LIMA ROSENLDA VALENTE DA SILVA	
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB
DATA DE NASCIMENTO	06/11/2002
DOC ORIGEM	
NASC.N.7.886 FLS.168V LIV.A-13	
CARTÓRIO 10º JOÃO PESSOA/PB	
CNPJ	703.323.894-05
João Pessoa - PB	
ASSINATURA DO DETENTOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014202077250

VIA 1 0038933248-4 00/00000000 2018

WALBER LIMA MONTEIRO

10383781418

PLACA OFE8060/PB

PLACA ANT / UF NOVO PB

CHASSI 9C6KG0460C0057408

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAC APLIC

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO YAMAHA/FAYER YS250

ANO FAB. 2011

ANO MOD. 2012

CAP / POT / CIL 2 P/249 /CI

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE PRATA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000

VENC / COTAS

I
P
V
A

FAIXA / PVA

PARCELAMENTO / COTAS

0

1º
2º
3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

P A G O

30/10/2018

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMINIO

LOCAL

JOAO PESSOA - PB

DATA

31/10/2018

19267



Handwritten signature

7251

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190592924 **Cidade:** Aguiar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS VALENTE DE LIMA **Data do acidente:** 28/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.5.6.7_CIRURGIA

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 punhos	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: 3190592924 **Cidade:** Aguiar **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATHEUS VALENTE DE LIMA **Data do acidente:** 28/12/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DE RÁDIO E ULNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: P.5.6.7_CIRURGIA

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0364908/19

Vítima: MATHEUS VALENTE DE LIMA

CPF: 703.323.894-05

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MATHEUS VALENTE DE LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

MATHEUS VALENTE DE LIMA : 703.323.894-05

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/10/2019
Nome: MATHEUS VALENTE DE LIMA
CPF: 703.323.894-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MATHEUS VALENTE DE LIMA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA





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

Processo: 08838559420198152001

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 **MATHEUS VALENTE DE LIMA**, 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, qual seja **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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 a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, 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, 13 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES

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



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 - 17/11/2020 11:32:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711321182900000035062847>
Número do documento: 20111711321182900000035062847

Num. 36733701 - Pág. 2