



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	<u>Petição</u>	Petição
36733 247	17/11/2020 11:32	<u>2701411_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
36733 701	17/11/2020 11:32	<u>2701411_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:32:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711321078000000035062842>
Número do documento: 20111711321078000000035062842

Num. 36733246 - 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, 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, 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

Pag. 01373/01374 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 14986556



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:32:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711321139400000035062843>
Número do documento: 20111711321139400000035062843

Num. 36733247 - 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, 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 ind

informações abaixo:

Motivo: 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: $12,50\% \times 13.500,00 =$ 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 a 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, retorno 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:32:11
<http://pj.ejp.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011171132113940000035062843>
Número do documento: 2011171132113940000035062843

Num. 36733247 - 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 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:
Matthew 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:

Matthew Valente de Lima

703.323.894-05

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

Nicuso

R. Antônio Ribera da Silva

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Bramame

José Pessoa

PB

58067 - 673

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(83) 9X6634900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ 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)

AGÊNCIA: (8757)

CONTA: 88893

(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/c/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 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deu birtho Sim Não

31 - Vítima Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deu birtho Sim Não

Vivos: Falecidos:

Vivos: Falecidos:

nascituro (varascer)? Sim Não

teve irmãos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

teve irmãos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que não apresentarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento do valor recebido e a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

Matthew Valente de Lima

16/10/19

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



agência - 8457

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

Pacote de Serviços - () não solicitou - (x) solicitou Pacote Padronizado III com mensalidade de R\$ 43,40. Para conhecer os serviços incluídos neste pacote, consulte a Tabela Geral de Tarifas, disponível nas agências ou no site www.itau.com.br.

Cartão 1º titular - () não solicitou - (x) solicitou MULTIPLO MESTERCARD, no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em 12 vezes sem juros, com vencimento todo dia 05 de cada mês.

Cartão 2º titular - () não solicitou - (x) solicitou no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em 12 vezes sem juros, com vencimento todo dia 05 de cada mês

Cartão adicional - () não solicitou () solicitou da anuidade cobrada do respectivo titular



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**.

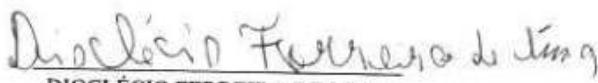
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

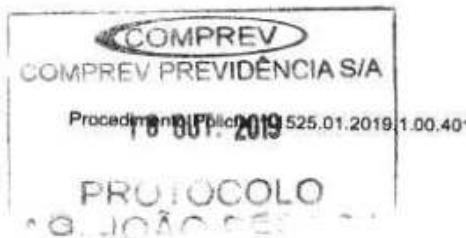
QUE, segundo a declarante no dia 28/12/2017 por volta das 21:00 horas seu filho menor MATHEUS VALENTE DE LIMA portador do CPF: 703.323.894-05 transitava na garupa da moto tipo YAMAHA/FAZER YS250 ano e modelo: 2011/2012, de cor prata; de placa: OFB8060/PB CHASSI: 9C6KC0460C0057408 pertencente ao Sr. Walber 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 TARCISIO BURITY, 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 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:
Matthew 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:

Matthew Valente de Lima

703.323.894-05

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

Ricardo

R. Alcides Ribamar da Silva

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

Bramame

João Pessoa

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(83) 9663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ 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):

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: (8757)

CONTA: 88893

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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/c/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 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar teve filhos? Sim Não

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deu birthmark? Sim Não

nascituro (varízicas)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Sim Não

Falecidos: Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que não apresentarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcimento do valor recebido e a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

38 - 1º | Nome: JOAO VIEIRAS

CPF: 000.000.000-00

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: JOAO VIEIRAS

CPF: 000.000.000-00

Assinatura da testemunha

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

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



agnew - 8457
comer - 38893-2

Nº da Agência/Corra/DAO

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

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 à 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 Seguro LIS Itaú	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cartão de Crédito Itaucard: MULTIPLO 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	
com mensalidade de R\$ 29,40. Para conhecer os serviços incluídos neste pacote, consulte a Tabela Geral de Tarifas, disponível nas agências ou no site www.itau.com.br .	
Cartão 1º titular - () não solicitou - (*) solicitou	
no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em 12 vezes sem juros, com vencimento todo dia 05 de cada mês.	
Cartão 2º titular - () não solicitou - () solicitou	
no caso da contratação de cartão de crédito, a anuidade será parcelada em 12 vezes sem juros, com vencimento todo dia 05 de cada mês.	
Cartão adicional - (x) não solicitou () solicitou	
da anuidade cobrada do respectivo titular	
O cartão pagará 50%	



HOSPITAL MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITAL HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
PORTO ALEGRE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-334 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 90210 Atd: Nao Regulad.
Data: 28/12/2017
Hora: 22:19:16
Repcionista: GABRIELA DA COSTA SERRA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: MATHEUS VALENTE DE LIMA

Num. Prontuario: 2017.12.003953

CNS: #98002721124309 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 sorte utilizado: TRANSP. PUBLICO

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

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CCNSULTA

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO SIA

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Gravemente

PC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Disponivel

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

Queixa Principal

[] Vomito

AG MOTO X CARRO. TRAUMA EM MSE.

Observacao
PACIENTE ENCAMINHADO PELO HETSHL, CONFORME
PACTUACAO. LIBERADO PELAS DEMAIS ESPECIALIDADES NO HETSHL (SIC).

Historia - Exame fisico - (hora do atendimento medico)

- Abilz Trau Benicio Trau @ P/ Anvisa

6 hours do examed .

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

Reservor Trau @ R

forne fornec

L-111711321139400000035062843
17/11/2020 11:32:11
Hospital Universitario, JP

As Bruxo Gera
P/ forne fornec

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

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

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Hillside Farms

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



ITAU - 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:32:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711321139400000035062843>
Número do documento: 20111711321139400000035062843

Num. 36733247 - Pág. 10

JAILSON JUNIOR DA SILVA SANTOS

Lucas Muhlfand
102 PER-MT, 100-100-100
July 17, 2019 10:00 AM
Held 2020-2021

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/CNPJ / RANI
Mar / 2019 27/03/2019 26/04/2019 102.738.164-86

UC (Unidade Consumidora): 5/1800622-1

Canal de contato

Canal de

在一個新的時間尺度上，我們可以說是「未來」。

VENCIMENTO
03/04/2019

Histórico de Consumo (CRM)

TOTAL A PAGAR

RS 63,67

Indicadores de Qualidade | QG-10-Facilit



18 OUT. 2019

LEADER COLO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:32:11
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pj/e-justice/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011171132113940000035062843>
Número do documento: 2011171132113940000035062843

Num. 36733247 - Pág. 11



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.

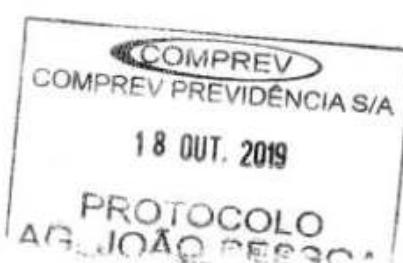
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos do antebraço esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 28/12/2017 com alta médica dia 29/12/2017.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data 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



MUNICIPIO DE JOAO PESSOA
HOSPITAL HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA ALFREDO FUSCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-314 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

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

DADOS DO PACIENTE
Nome: MATHEUS VALENTE DE LIMA Num. de vezes atendido: 1
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

Transporte 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: [] Aparentemente Bem [] Grave
PC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: Altura: [] Hemorragia [] Disponivel
Glicemia: IMC: [] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado
[] Vomito
Queixa Principal Observacao
C. MOTO X CARRO. TRAUMA EM MSE.

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO S/A

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Disponivel
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

PACIENTE ENCAMINHADO PELO HETSHL, CONFORME
PACTUACAO LIBERADO PELAS DEMAIS ESPECIALIDADES NO HETSHL (SIC).

Historia - Exame fisico - (hora do atendimento medico)

- Abiliz para Bano e banho [] P/ Ambul []
6 hours de evolucao .

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

Autorizar Tres [] []
Tres horas [] 18/12/2017
Hospital Unifam, JP

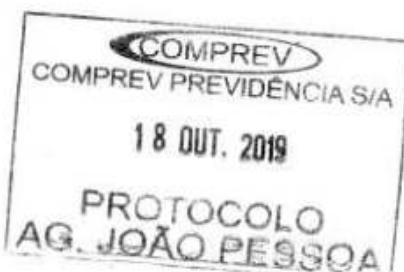
fazendo forna
ao Busto Geral
? P/ horas []
18/12/2017
Hospital Unifam, JP



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao



| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

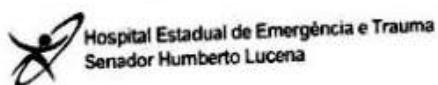
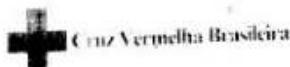
DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





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			
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 Matrícula		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

PEDRO HENRIQUE GUTIERREZ VARGAS FREITAS
(CRM: 10575/PB)

Dr. Pedro Henrique Freitas
Médico Residente
CRM-PB 10575



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

2016-06-08080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=178129&pesquisa=S&perform=im... 1/1



RELATÓRIO DE CIRURGIA

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



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Pronto em decúbito dorsal
Bruxismo - Selo de ventre
Faringe - + anti-refluxo
Anorecto - sangue seco.

Incisão:**Achados:****Conduta:**

Radicais rectos (manos)
Selo de ventre descolado
Peritonite purulenta com 02
Fluxos fec. 2.0.

Fechamento:

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 OUT. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

OBS:

Dr. Eneas P. Bessa Neto
MÉDICO
CRM - 8498

Data: 23/12/17

MÉDICO/CRM

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





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Patrícia Valente Vianna Data da Admissão: 28/12/12
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F() M() Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 11/11/11

QPD: _____

HDA: Transtorno mental com depressão
Depressão melancólica em Ancorada
Depressão melancólica com suicídio
Ansiedade social

Medicações em uso: _____



18 OUT. 2019

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Afta []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ PR() []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: JOÃO PESSOA

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____

[]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: _____

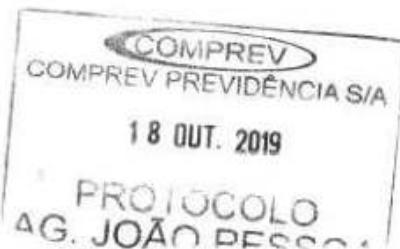
Dr. Eneas P. Bessa Neto
MÉDICO
CRM: 20002

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





VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.086.199
DATA DE EXPEDICAO 27/08/2012	
NOME MATHEUS VALENTE DE LIMA	
FILIAÇÃO DIOCLÉCIO FERREIRA DE LIMA ROSENILDA 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 CPF 703.323.894-05 João Pessoa - PB	LEI N° 7.116 DE 29/08/83
ASSINATURA DO DIRETOR	



DETRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS ESTRADAS

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO
Nº 014202077280
VIA - COD. REGRISTRO 2018000490912 - RENAVAM
1 003B933348-4 00/00000000 2018

WALBER LIMA MONTEIRO

CPF / CNPJ	10383781418	PLACA	OFB8060/PB	
PLACA ANT / UF	NOVO PB	CHASSI	9C6KG0460C0057408	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL		
PAS / MOTOCICLE / NAO APPLIC		GASOLINA		
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.	
YAMAHA / FAVER YS250		2011	2012	
CAR / PILOT / CIL		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/249 / CI		PARTIC	PRATA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS	
I		00/00/0000	1*	
P	FADA / PVA	PARCELAMENTO / COTAS	2*	
V	*****	0	3*	
A				
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****		SEGUR	P A G O	30/10/2018
OBSERVAÇÕES				
SEM RESERVA DE DOMÍNIO				
LOCAL		DATA		
JOÃO PESSOA-PB		31/10/2018		
19267		7251		



CONTRAN

Tribunal de Justiça do Rio Grande do Norte

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 URNA 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:32:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711321139400000035062843>
Número do documento: 20111711321139400000035062843

Num. 36733247 - Pág. 22

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 URNA 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:32:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711321139400000035062843>
Número do documento: 20111711321139400000035062843

Num. 36733247 - Pág. 23

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/11/2020 11:32:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111711321139400000035062843>
Número do documento: 20111711321139400000035062843

Num. 36733247 - Pág. 24



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a 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 Inválidez 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



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. 1

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