



25/01/2021

Número: **0800038-55.2018.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **04/01/2018**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALCIDES BELARMINO MARTINS (AUTOR)		INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38698417	25/01/2021 13:05	Petição	Petição
38698418	25/01/2021 13:05	2561360_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
38698421	25/01/2021 13:05	2561360_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





Rio de Janeiro, 10 de Novembro de 2017

Carta nº: 11946103

A/C: ALCIDES BELARMINO MARTINS

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170593744 ASL-0425701/17
Vitima: ALCIDES BELARMINO MARTINS
Data Acidente: 28/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00085/00086 - carta_01





Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2017

Carta nº: 11950012

A/C: ALCIDES BELARMINO MARTINS

Sinistro: 3170593744 ASL-0425701/17
Vítima: ALCIDES BELARMINO MARTINS
Data Acidente: 28/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00385/00386 - carta_02

00050193



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2017

Carta nº: 12033873

A/C: ALCIDES BELARMINO MARTINS

Nº Sinistro: 3170593744
Vitima: ALCIDES BELARMINO MARTINS
Data do Acidente: 28/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: INACIO BRUNO SARMENTO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ALCIDES BELARMINO MARTINS

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003487

Conta: 0000012168-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00879/00880 - carta_15R - INVALIDEZ

00030440



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3170593744 - 1
Nome do(a) Examinado(a): ALCIDES BELARMINO MARTINS
Endereço do(a) Examinado(a): RUA LUIZ MOTTA nº 489 - BODOCONGÓ - CAMPINA GRANDE/PB
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 2485752 - SSP
Data local do exame: 20/11/2017 CAMPINA GRANDE/PB

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRATADO CONSERVADORAMENTE, OBSERVADA PEQUENA DEFORMIDADE E ENCURTAMENTO DA CLAVÍCULA DIREITA EM RELAÇÃO A CONTRA LATERAL E LIMITAÇÃO DA ABDUÇÃO DO OMBRO DIREITO.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatómicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

OMBRO DIREITO

☐ 10% ☒ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - CAMPINA GRANDE, 20/11/2017

Médico Perito: BRUNO BEZERRA BRILHANTE CRM:6492/PB


Dr. Bruno Brilhante
Cirurgião de Joelho e ombro
Ortopedia e Traumatologia
RUA 5892

Assinatura do perito Examinador - CRM



Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 010 375 564 02	Nome completo da vítima Alcides Belarmino Martins
---------------------------	---------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Alcides Belarmino Martins	CPF titular da conta 010 375 564 02	Profissão Autônomo
Endereço Rua Luiz Mota	Número 489	Complemento
Bairro Itapeceranga	Cidade Campina Grande	Estado Paraíba
Email maeio.bruno.du@gmail.com	CEP 58430 710	Telefone (DDD) 3334 1288

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 3487 (Informar dígito se existir)	D/V CONTA NRO. 12168 (Informar dígito se existir)	BANCO Nome NRO.	AGÊNCIA NRO. (Informar dígito se existir)
		CONTA NRO. (Informar dígito se existir)	D/V (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

C. Grande 18 de Outubro de 2017
Local e Data

Alcides Belarmino Martins
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17044255B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES GERAIS

POLICIAL/MATRÍCULA:

MARIO FILHO/1880807

DATA/HORA:

28/05/2017 19:55

Na Ródovia

MUNICÍPIO/UF:

CAMPINA GRANDE/PB

BR:

230

KM:

141,9

SENTIDO:

Crescente

DESCRIPTIVO DO LOCAL:

Boletim de ocorrência



ASPECTOS DO LOCAL E DO ATENDIMENTO

FASE DO DIA:

Plena Noite

CONDIÇÃO METEOROLÓGICA:

Garoa/Chuvisco

TIPO DE VIA:

Principal

TIPO DE PISTA:

Dupla

CONDIÇÃO DE PISTA:

Molhada

TIPO DE PAVIMENTO:

Asfalto

ESTRUTURA VIÁRIA:

Reta

LOCALIDADE URBANIZADA:

Não

EXISTÊNCIA DE ACOSTAMENTO:

Sim

EXISTÊNCIA DE CANTEIRO CENTRAL:

Sim

IMAGEM DO LOCAL DO ACIDENTE:



Sem Imagem

IMAGEM DE DESCRIÇÃO DO LOCAL:



Sem Imagem

IMAGEM PANORÂMICA SENTIDO CRESCENTE:



Sem Imagem

IMAGEM PANORÂMICA SENTIDO DECRESCENTE:



Sem Imagem

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ACIDENTE:

Condutor e passageira socorridos pelo SAMU VTRs: OGE-0684 e OGE-0774 enfermeiras responsáveis pelo atendimento: Maísa Nóbrega - 458925 e Poliana Azevedo - 241223. Lesionados encaminhados ao hospital de trauma/CG.

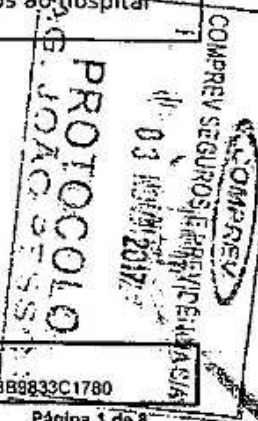
DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARIO FILHO; MATRÍCULA 1880807

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 28/05/2017 22:57

NÚMERO DE CONTROLE: B1845C7CAA4E2116D9DBB8833C1780

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 1 de 8





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17044255B01

STATUS:
Encerrado

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:



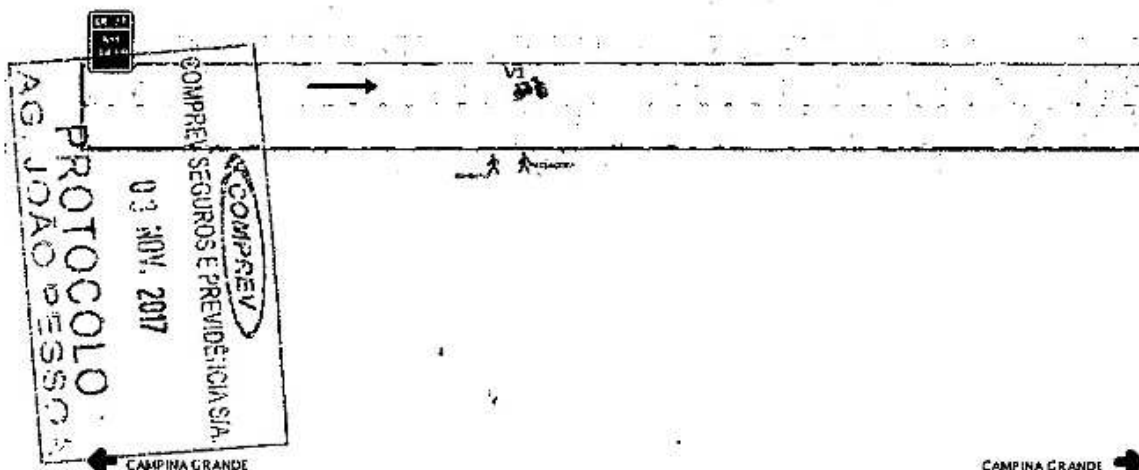
Sem Imagem

DINÂMICA

Eventos Sucessivos

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Queda de ocupante de veículo	

Croqui



Amarração - Não realizada

Narrativa

Em levantamento realizado no local do acidente, BR 230/KM 141.9, sentido decrescente, fora verificado que motocicleta placa QFL8889 seguia o fluxo, quando estourou o pneu traseiro, perdeu o controle e houve a queda.

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARIO FILHO, MATRÍCULA 1880807

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 28/05/2017 22:57

NÚMERO DE CONTROLE: 81845C7CAA4E2116D9DBB9833C1780

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 2 de 8





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17044255B01

STATUS:
Encerrado

PESSOAS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / QFL8889 / HONDA/NXR160 BROS ESDD

ENVOLVIMENTO:

Condutor

NOME:

ALCIDES BELARMINO MARTINS

CPF:

010.375.564-02

DATA DE NASCIMENTO:

08/09/1982

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

SEXO:

Masculino

ESTADO CIVIL:

NOME DA MÃE:

MAURINA BELARMINO MARTINS

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

RUA ANA ALVES CHAVES

NÚMERO:

55

COMPLEMENTO:

AP 308 BL C

BAIRRO:

PARATIBE

MUNICÍPIO/UF:

JOAO PESSOA/PB

TELEFONE:

EMAIL:

Dados da Habilitação

HABILITAÇÃO:

Habilitação Nacional

PAÍS DA HABILITAÇÃO:

CATEGORIA:

AB

MOTORISTA PROFISSIONAL:

Não

Nº DO REGISTRO:

04065178139

UF:

PB

DATA DA PRIMEIRA HABILITAÇÃO:

28/03/2007

VALIDADE DA CNH:

27/05/2019

OBSERVAÇÕES DA CNH:

99

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:

Lesões Graves

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

NÃO APLICÁVEL

USAVA CAPACETE:

USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

Sim

NÃO APLICÁVEL

TESTE DO ETILÔMETRO FOI POSSÍVEL:

Sim

RESULTADO DO TESTE:

0.0 mg/L

RECUSOU-SE A REALIZAR O TESTE:

Não

DESCRIÇÃO DA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAÇÃO DO TESTE:

VISÍVEIS SINAIS DE EMBRIAGUEZ:

Não

SINAIS DE USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:

Não

Encaminhamento

MOTIVO:

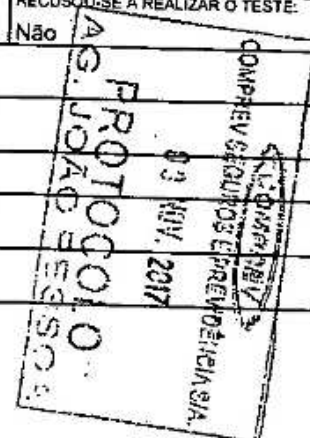
Socorro médico

TIPO DE RECEPTOR:

SAMU

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:

Encaminhado ao hospital de trauma-CG. Nº teste de alcoolemia 1031.



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARIO FILHO, MATRÍCULA 1830897

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 28/05/2017 22:57

NÚMERO DE CONTROLE: B1845C7CAA4E2116D9DBB9833C1780

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novoba/autenticar

Página 4 de 8





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17044255B01

STATUS:
Encerrado

VEÍCULOS

SEQUENCIAL: V1	PLACA: QFL8889	MARCA/MODELO: HONDA/NXR160 BROS ESDD	ANO FABRICAÇÃO: 2015
SITUAÇÃO: Tracionador		TIPO DE VEÍCULO: Motocicleta	
CHASSI: 9C2KD0810FR475336	RENAVAM: 01067732419	PAÍS: BRASIL	
ESPECIE: Passageiro	CATEGORIA: Particular	MANOBRA NO MOMENTO DO ACIDENTE: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento	

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Acidente causado por estouro do pneu traseiro.

NOME DO PROPRIETÁRIO: IDEGILSON DE SOUZA SILVA	CPF/CNPJ: 602.234.484-00
---	-----------------------------

Dados de Endereço

LOGRADOURO: RUA LUIZ MOTTA 489	NÚMERO: 00489
COMPLEMENTO:	BAIRRO:

MUNICÍPIO/UF:

CAMPINA GRANDE/PB

TELEFONE: 83 999427897	EMAIL:
---------------------------	--------

Dados da Carga

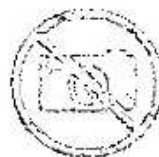
DESCRIÇÃO E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

IMAGEM DE PRODUTO PERIGOSO:



Sem Imagem

IMAGEM DE CRONOTACÓGRAFO:

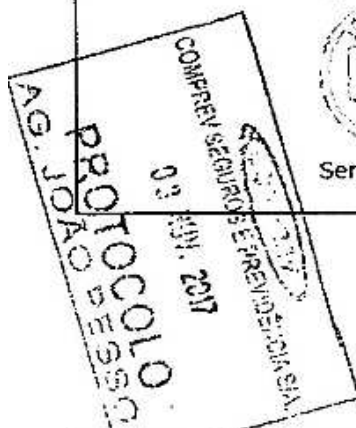


Sem Imagem

IMAGEM DE INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:



Sem Imagem



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARIO FILHO, MATRÍCULA 1880887

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 28/05/2017 22:57

NÚMERO DE CONTROLE: B1845C7CAA4E2116D9DBB9833C1780

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 3 de 8



**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA****DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL****BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO****PROTOCOLO:**
17044255B01**STATUS:**
Encerrado**PESSOAS**

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / QFL8889 / HONDA/NXR160 BROS ESDD

ENVOLVIMENTO:

Passageiro

NOME:

THAIS DE SOUZA SILVA

CPF:

063.719.954-56

DATA DE NASCIMENTO:

27/09/1987

Nº DE IDENTIFICAÇÃO:

ÓRGÃO EXPEDIDOR:

SEXO:

Feminino

ESTADO CIVIL:

NOME DA MÃE:

MARIA DE LOURDES DE SOUZA SILVA

Dados de Endereço

LOGRADOURO:

RUA LUIZ MOTA

NÚMERO:

489

COMPLEMENTO:

CASA

BAIRRO:

BODOCONGO

MUNICÍPIO/UF:

CAMPINA GRANDE/PB

TELEFONE:

EMAIL:

Circunstâncias

ESTADO FÍSICO:

Lesões Leves

USAVA CINTO DE SEGURANÇA:

NÃO APLICÁVEL

USAVA CAPACETE:

USAVA DISPOSITIVO PARA RETENÇÃO DE CRIANÇAS:

Sim

NÃO APLICÁVEL

Encaminhamento

MOTIVO:

Socorro médico

TIPO DE RECEPTOR:

SAMU

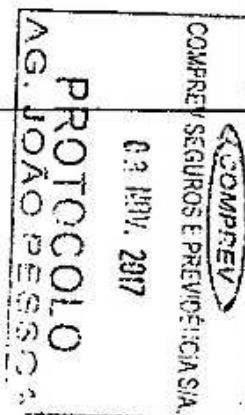
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO ENCAMINHAMENTO:

Encaminhada ao hospital de trauma-CG.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:

Sem Imagem



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARIO FILHO, MATRICULA 1880807

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 28/05/2017 22:57

NÚMERO DE CONTROLE: B1845C7CAA4E2116D9DBB9833C1780

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 8 de 8



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 13:05:35

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012513053405200000036896541>

Número do documento: 21012513053405200000036896541

Num. 38698418 - Pág. 10



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17044255B01

STATUS:
Encerrado

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DA PESSOA ENVOLVIDA:

IMAGEM DE INFORMAÇÃO COMPLEMENTARES:



Sem Imagem



DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARIO FILHO, MATRÍCULA 1860807

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 28/05/2017 22:57

NÚMERO DE CONTROLE: B1845C7CAA4E2116D9DB89833C1780

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 5 de 8





MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO



PROTOCOLO:
17044255B01

STATUS:
Encerrado

AValiação DE DANOS

SEQUENCIAL/PLACA/MARCA/MODELO:

V1 / QFL8889 / HONDA/NXR160 BROS ESDD

NÚMERO DO BAT:

17044255B01

NOME/MATRÍCULA DO AGENTE:

MARIO FILHO/1880807

DATA/HORA:

28/05/2017 19:55

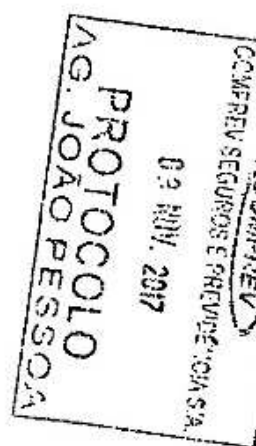
Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM	NÃO	NA
1	Garfo dianteiro	X		
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

TOTAL GERAL (SIM + NA):

1

DIMENSÃO DA MONTA:

Média



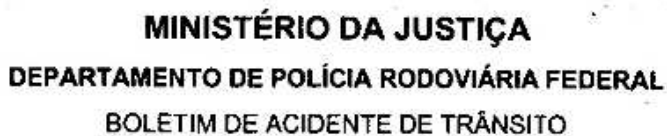
DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARIO FILHO, MATRÍCULA 1880807

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 28/05/2017 22:57 - - - NÚMERO DE CONTROLE: B1845C7CAA4E2116D9DBB9833C1780

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 7 de 8





PROTOCOL:
17044255B01

STATUS:
Encerrado

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



COMPRENSO SÉRIOS E PRECISOS
03 JUN. 2011
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DOCUMENTO ASSINADO DIGITALMENTE PELO PRF MARIO FILHO, MATRÍCULA 1880807

DATA/HORA DE ENCERRAMENTO DA OCORRÊNCIA: 28/05/2017 22:57

NÚMERO DE CONTROLE: B1845C7CAA4E2116D9D8B9833C1780

VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE NA INTERNET: www.prf.gov.br/novobat/autenticar

Página 8 de 8



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 13:05:35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012513053405200000036896541>
 Número do documento: 21012513053405200000036896541

Num. 38698418 - Pág. 13

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Declaração de Inexistência de IML



Eu, Neudes Belarmino Martins, portador da carteira de identidade nº 2485752 e inscrito no CPF/MF sob o nº 010.375.564-02, residente e domiciliado na Rua Luiz Mota, Cidade C. Crenópolis, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (+) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões; para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

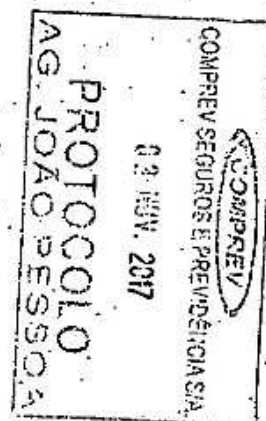
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Neudes Belarmino Martins

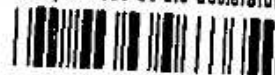
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Carapina Grande, 18 de Outubro de 2017

Local e data



Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

Declaramos, para os devidos fins de direito, que o SAMU 192-CG prestou atendimento pré-hospitalar a paciente: **Alcides Belarmino Martins**, vítima de acidente de trânsito, no dia 28 de Maio de 2017, aproximadamente às 20hs00min, End: Após a PRF sentido João Pessoa / Br-230, Sendo o paciente atendido e removido para o Hospital de Urgência e Trauma.

Campina Grande, 19 de Junho de 2017.



Deoclecio Francisco do Nascimento
Coordenador Administrativo



SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



INACIO DA SILVA SANTO
RUA ANTONIO SERGIO DE ALMEIDA, 800/B - 80000-000
CAMPINA GRANDE/PB CEP: 58100-000 (AG. 401)

Canal/Seção: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL 0800 023 0196
Rotômetro: 12-401-838-4320 Referência: Jun / 2017
Nº medidor: 0008095725 Emissão: 21/08/2017

ENERGISA BRSOREN - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Três Irmãos - Campina Grande/PB - CEP 58423-700
CNPJ 06 82628640001-96 Insc. Est. 16.039.829-1

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 130 429
Código para D.U. e Autenticação: 00002049948

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 023 0196 Acesso: www.energisat.com.br

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 4/204994-8

Jun / 2017

Apresentação

21/08/2017

Data prevista da
próxima leitura

20/07/2017

CPF/CNPJ/RANI
3570181408

Insc. Est.

Faturas em atraso

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
19/05/17	1551	21/08/17	1844	1
				93
				33

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	83	0,42708	35,21
Adic. B. Vermecho			0,09
ICMS			14,31
PIS			0,40
COFINS			1,84
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB. ILLUM. PÚBLICA			7,33
JUROS DE MORA 05/2017			0,10
MULTA 05/2017			1,45

Histórico de Consumo
(kWh)

Mar/17	114
Abr/17	128
Mai/17	134
Jun/17	124
Jul/17	137
Out/16	130
Nov/16	128
Out/15	93
Set/16	90
Ago/16	94
Jul/16	99
Jun/16	105

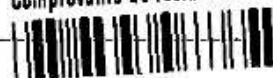
Média dos últimos meses
112

	BASE DE CALCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	57,25	25,00	14,31
PIS	57,25	0,6992	0,40
COFINS	57,25	3,2704	1,84

VENCIMENTO
28/06/2017

TOTAL A PAGAR
R\$ 66,13

Comprovante de residência



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro-Fone: 3341-6085
CNPJ: 09.365.645/0001-78
Bel. Pedro Oliveira de Lucena

Certifico e dou fé que apresenta cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande

28/06/17

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

SELO DIGITAL: AP144367-41CB

Consulte a autenticidade em: <http://selodigital.tjpb.jus.br>

PROTOCOLADO
03 JUN 2017
COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA
AG. JOÃO PESSOA





NOTA FISCAL FATURA DE SERVIÇO DE TELECOMUNICAÇÕES - MOD. 22

Cadastro do Assinante

Telefônica Brasil S/A
Av. Engenheiro Luiz Carlos Berrini, 1370,
Ed. Berrini
Cidade Monções
CEP: 04871-630 - São Paulo - SP
CNPJ: 02.558.157/0001-02
Insc. Est. 10633090112
http://www.vivo.com.br

Nome: IDEGILSON DE SOUZA SILVA
Endereço: RUA LUIZ MOTTA 488 BODOCONGO - 58430-710 - CAMPINA GRANDE / PB
Código do cliente: 9299 8234 8297 DV: 4
CNPJ/CPF: 60223449100 Tipo de cliente: Residencial Estado de instalação: Paraíba

DETALHAMENTO DOS SERVIÇOS POR NÚMERO TELEFÔNICO

Prestadora Telefônica

Telefônica Brasil S.A. | Av. Presidente Epitácio Pessoa, 475, Sala 801 - Part. - 58030-000 João Pessoa PB
CNPJ: 02.558.157/0026-10 - Insc. Est. 16.136.950-2 | Natureza da Operação: Prestação do serviço de comunicação - CFOP 5300

INTERNET

1 CGE-30166W75M-053

Plano Contratado / Serviços Mensais / Descontos

Data / Período

Alíquota PIS/COFINS

Valor(R\$)

Serviço Internet Power Smart 15 Mega GTI

09/08/2017 a 08/09/2017

30%

3,65%

95,29

2

Desconto Prom. Internet R\$ 30,00 10/12

09/08/2017 a 08/09/2017

-30,00

SUBTOTAL

Plano Contratado / Serviços Mensais / Descontos

Data / Período

Alíquota PIS/COFINS

Valor(R\$)

3 8330650335

Assinatura Mensal sem Minutos - Light

09/08/2017 a 08/09/2017

30%

3,65%

46,22

SUBTOTAL

46,22

TOTAL

111,51

TOTAL DA NOTA FISCAL DA TELEFÔNICA

111,51

Reservado ao Fisco 8565.022.141.1924.2cd6.b4c9.b040.723b

ICMS

Base do cálculo: 111,51

Alíquota: 30%

Valor do ICMS: 33,45

PIS/COFINS

Base do cálculo: 76,05

Alíquota: 3,65%

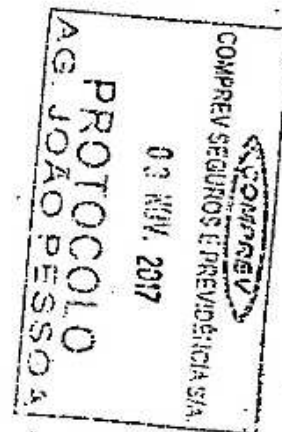
Valor do PIS/COFINS: 2,84

A TELEFÔNICA contribui c/ 1% do valor de Serviços de Telecom ao FUST e 0,5% ao FUNTEL sem repasse ao consumidor.

TOTAL GERAL A PAGAR

111,51

Comprovante de residência

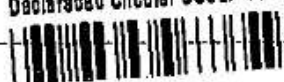


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 13:05:35

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012513053405200000036896541>

Número do documento: 21012513053405200000036896541

Num. 38698418 - Pág. 17

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu João Bruno Sarmiento inscrito (a) no CPF 036 781 819 / 06 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Alcides Belorrmimo Montano inscrito (a) no CPF sob o Nº 010 375 564 / 02, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Alcides Belorrmimo Montano inscrito (a) no CPF sob o Nº 010 375 564 / 02, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

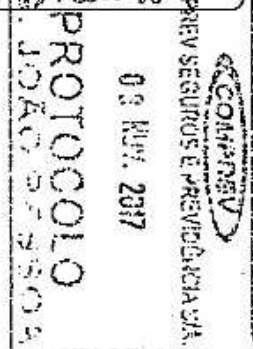
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Antonio Sergio de Almeida</u>		Número <u>800</u>	Complemento <u>B</u>
Bairro <u>Rockeop</u>	Cidade <u>Compinha Grande</u>	Estado <u>Paraná</u>	CEP <u>58100-000</u>
Email <u>maeiobrunoed@gmail.com</u>	Telefone comercial(DDD) <u>83 33341289</u>	Telefone celular (DDD) <u>83 999885048</u>	

C. Grande 18 de Outubro de 2017.
Local e Data

João Bruno Sarmiento
Assinatura do Declarante



DL0RL001 V001/2017





HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 1441202

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Data: 28/05/2017

Dorção de Emergência (B.E) - Modelo 07

Atendente: Arthur Mathus Almeida Mendonça

Nascimento: 08/09/1982

PACIENTE: ALCIDES BELARMINO

CEP: 58400002

Telefone: 87854548

MARTINS

Sexo: M

Bairro: BODOCONGO

Endereço: LUIZ MOTA

Idade: 34

Nº: 489

Cidade: Campina Grande

RG: 2485752

Profissão: AUTÔNOMO

Nome da Mãe: MAURINA BELARMINO

CPF:

CNS: 70740303701572

Responsável:

Data de Atendimento: 28/05/2017

CONVÊNIO: SUS

Estado Civil: Casado(a)

Horas: 20:54:29

Especialidade:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO

CRM:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abuso

2. Amputação

3. Avulsão

4. Contusão

5. Crepitação

6. Deformidade

7. Edema

8. Empalhamento

9. Enfiamento

10. Escoriação

11. Equivocidade

12. Fenda

13. Fenda

14. Fenda

15. Fenda

16. Fenda

17. Fenda

18. Fenda

19. Fenda

20. Fenda

21. Fenda

22. Fenda

23. Fenda

24. Fenda

25. Fenda

26. Fenda

27. Fenda

28. Fenda

29. Fenda

30. Fenda

31. Fenda

32. Fenda

33. Fenda

34. Fenda

35. Fenda

36. Fenda

37. Fenda

38. Fenda

39. Fenda

40. Fenda

41. Fenda

42. Fenda

43. Fenda

44. Fenda

45. Fenda

46. Fenda

47. Fenda

48. Fenda

49. Fenda

50. Fenda

51. Fenda

52. Fenda

53. Fenda

54. Fenda

55. Fenda

56. Fenda

57. Fenda

58. Fenda

59. Fenda

60. Fenda

61. Fenda

62. Fenda

63. Fenda

64. Fenda

65. Fenda

66. Fenda

67. Fenda

68. Fenda

69. Fenda

70. Fenda

71. Fenda

72. Fenda

73. Fenda

74. Fenda

75. Fenda

76. Fenda

77. Fenda

78. Fenda

79. Fenda

80. Fenda

81. Fenda

82. Fenda

83. Fenda

84. Fenda

85. Fenda

86. Fenda

87. Fenda

88. Fenda

89. Fenda

90. Fenda

91. Fenda

92. Fenda

93. Fenda

94. Fenda

95. Fenda

96. Fenda

97. Fenda

98. Fenda

99. Fenda

100. Fenda

101. Fenda

102. Fenda

103. Fenda

104. Fenda

105. Fenda

106. Fenda

107. Fenda

108. Fenda

109. Fenda

110. Fenda

111. Fenda

112. Fenda

113. Fenda

114. Fenda

115. Fenda

116. Fenda

117. Fenda

118. Fenda

119. Fenda

120. Fenda

121. Fenda

122. Fenda

123. Fenda

124. Fenda

125. Fenda

126. Fenda

127. Fenda

128. Fenda

129. Fenda

130. Fenda

131. Fenda

132. Fenda

133. Fenda

134. Fenda

135. Fenda

136. Fenda

137. Fenda

138. Fenda

139. Fenda

140. Fenda

141. Fenda

142. Fenda

143. Fenda

144. Fenda

145. Fenda

146. Fenda

147. Fenda

148. Fenda

149. Fenda

150. Fenda

151. Fenda

152. Fenda

153. Fenda

154. Fenda

155. Fenda

156. Fenda

157. Fenda

158. Fenda

159. Fenda

160. Fenda

161. Fenda

162. Fenda

163. Fenda

164. Fenda

165. Fenda

166. Fenda

167. Fenda

168. Fenda

169. Fenda

170. Fenda

171. Fenda

172. Fenda

173. Fenda

174. Fenda

175. Fenda

176. Fenda

177. Fenda

178. Fenda

179. Fenda

180. Fenda

181. Fenda

182. Fenda

183. Fenda

184. Fenda

185. Fenda

186. Fenda

187. Fenda

188. Fenda

189. Fenda

190. Fenda

191. Fenda

192. Fenda

193. Fenda

194. Fenda

195. Fenda

196. Fenda

197. Fenda

198. Fenda

199. Fenda

200. Fenda

201. Fenda

202. Fenda

203. Fenda

204. Fenda

205. Fenda

206. Fenda

207. Fenda

208. Fenda

209. Fenda

210. Fenda

211. Fenda

212. Fenda

213. Fenda

214. Fenda

215. Fenda

216. Fenda

217. Fenda

218. Fenda

219. Fenda

220. Fenda

221. Fenda

222. Fenda

223. Fenda

224. Fenda

225. Fenda

226. Fenda

227. Fenda

228. Fenda

229. Fenda

230. Fenda

231. Fenda

232. Fenda

233. Fenda

234. Fenda

235. Fenda

2017-5:28

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

HTCC-Painel Administrativo

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

03 NOV. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

08/08/2017 22:32

Paciente cl. hiperten. de evolução

de modo a ser de e de forma de

regra cl. de 12 D

Na exame físico e radiográfico

com entorpe de cl. de 12. Fato

medo cl. indução de tuberculose

consequência

W. A/H de 14 de 08/08/2017

de 14 de 08/08/2017

dos cuidados de saúde

Dr. Julio Cesar Castro
Oncologia e Traumatologia
CRM/PR-9885

DESTINO DO PACIENTE: / / às hs.

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

CBO

IDADE

() Centro cirúrgico

() Internação (seção)

() Alta hospitalar / () Inicial

() Decisão Médica

() Internância a outro SETOR ou HOSPITAL

() Outro

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)





GOVERNO
DA PARÁIBA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



Ficha de Acolhimento

Nome:	Aldo Barbosa Monteiro		
End:	Rua - 1432 - 249 Bairro: 130 de Janeiro		
Data de Nascimento:	08.09.82	Documento de Identificação:	
Queixa:	12/12	Data do Atend:	28/05/17. Hora: 20h52 Documento:
Acidente de trabalho?	() Sim	() Não	

Classificação de Risco

Nível de consciência:	() Bom	() Regular	() Baixo	Aspecto:	() Calmo	() Fácels de dor	() Gemente
Frequência respiratória:							
Pressão arterial:	Temperatura axilar:						
Dosagem de HGT:	Mucosas: () Normocorada () Pálida						
Deambulação:	() Livre	() Cadeira de rodas	() Maca				

Estratificação

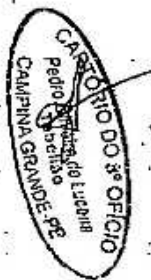
(X) Vermelho - atendimento imediato
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

MOD. 110

SELO DIGITAL: AF144 766-7036
Consulte a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>



CARTÓRIO DO 8º OFÍCIO DE NOTAS
Rua Marques do Herval, 83 - Centro Fone: 3341-6035
CNPJ: 09.365.145/0001-76
Bel. Pedro Oliveira de Lucena

Certifico a dou fe e a presente cópia fotostática
é a Reprodução fiel do original que me foi exibido
Campina Grande **28 06 17**

Bel. Pedro Oliveira de Lucena
Tabelião

TEM FÉ PÚBLICA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 12768720

USO OBRIGATORIO PARA ATIVIDADES DE FÉ PÚBLICA (Art. 19 da Lei 13.688/2018)

Documentos de Identificação

FRANCISCO BRUNO E SILVA
MARIA ADILIA DORA SARMENTO

21412

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA
IDENTIDADE DE ABOGADO

FRANCISCO BRUNO E SILVA
MARIA ADILIA DORA SARMENTO

21412

COMPROVANTE DE PREVIDENCIA SOCIAL
03 JUL 2017
PROTOCOLADO
AG. JOAO S. S.





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

904145670

ALCIDES BELARMINO MARTINS

DOCUMENTOS / OUTROS DADOS
2465752 SSP PB

CPF 010.375.564-02 DATA EMISSAO 08/09/1982

PAIS JOAQUIM DOS SANTOS
MARTINS
MOURINA BELARMINO
MARTINS

RENASCIMENTO NCC CATEGORIA
27/05/2019 28/03/2007

04055178139

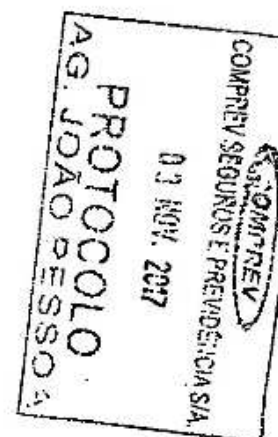
Alcides Belarmino Martins

JOAO PESSOA, PB DATA 28/05/2014

Rodolfo Carneiro

00817550056
PB028668154

JOAO PESSOA, PB (PARAIBÁ)



OUT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012895937526 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

60223448400 CNPJ
OPL8889/PB

9CZKD0810ER425336

PRÊMIO TARIFÁRIO
CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)
IOF (R\$)
DATA DE OUTRAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.348.889/0001-04
35556-120626 E-20161003

DETRAN - PB Nº 012895937526
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

VIA 01067793701-9 007066000000-002016

EDGILSON DE SOUZA SILVA

60223448400 CNPJ

NOVA FANTASIA/UF PB 9CZKD0810ER425336

PAS/MOTOCICLISTA/NAO APPLICADORA

HONDA/INSTRADO/2006-2500 2015 7013

IPVA 0,0000 R\$ 0,0000/2016

IPVA 0,0000 R\$ 0,0000/2016

PREMIO TARIFARIO 0,0000 R\$ 0,0000/2016

A.F. BANCO RONDONIA

CNPJ 09.348.889/0001-04

35556-120626 E-20161003

322

35556

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
03/10/2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

15



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170593744 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALCIDES BELARMINO MARTINS **Data do acidente:** 28/05/2017 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/11/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APRESENTAR LAUDO DO IML

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: DORIAN BRAGA SARAIVA

CRM do médico: 52.32571-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170593744 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALCIDES BELARMINO MARTINS **Data do acidente:** 28/05/2017 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO OMBRO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATADO CONSERVADORAMENTE, OBSERVADA PEQUENA DEFORMIDADE E ENCURTAMENTO DA CLAVÍCULA DIREITA EM RELAÇÃO A CONTRA LATERAL E LIMITAÇÃO DA ABDUÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 20/11/2017

Conduta mantida:

Observações: NOTA DO REVISOR - MANTIDO ENQUADRAMENTO EM ARTICULAÇÃO DEVIDO A NÃO REPERCUSSÃO NO MEMBRO

Médico examinador: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

CRM do médico: 6492

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

CRM do médico: 52.66379-4

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ALCIDES BELARMINO MARTINS brasileiro(a),
estado civil CASADO, inscrito no CPF de nº 010.13251.564/02, e no RG
de nº 2485792, residente e Domiciliado a
Rua: LUIZ MOTA, nº 489, Bairro
BODOCONGO, na Cidade de CAMPINA GRANDE Estado
PARAIBA, CEP 58.400-740
58.430-710

OUTORGADO: INACIO BRUNO SARMENTO, brasileiro, casado, Advogado, inscrito no CPF
de Nº. 036.781.814-06 RG de nº 2131933, SSP/PB e OAB/PB de nº 21.472, residente e
domiciliado na Rua Antônio Sergio de Almeida, 800/B, Bodocongó, Campina Grande/PB.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a)
outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer
seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou
em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Alcides Belarmino Martins
ocorrido em 28.10.2017, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse,
podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar
Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o
pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar
todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos
necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Campina Grande/PB, em 16 de Outubro de 2017

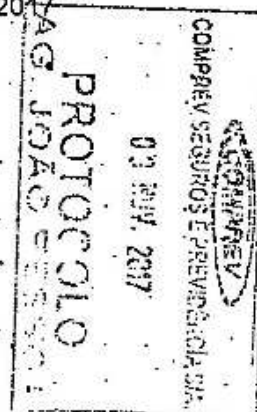
7º CARTÓRIO
CAMPINA GRANDE-PB

Alcides Belarmino Martins

Outorgante

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

PROCURAÇÃO



7º TABELIONATO DE NOTAS

Escritório de Notariado
 Consultas e Suporte Técnico
 (33) 3341.1762

Dr. Valtenciana Almeida de Moraes
TABELEIA TITULAR
Ofício de Notas - Serviços Notarial

Rua Major Manuel Jacintho, 31 - Centro - Fone: (33) 3341.1762 - Campina Grande - PB
 Tabela@denotas@gmail.com

Assinada - Tabela
 Tabela - Valtenciana Almeida De Moraes

RECONHECIMENTO

Reconheço a(s) firma(s) de ALCIVES BEZERRA
ALCIVES BEZERRA
 como ☒ Autêntica ☐ Semelhante

Dou fé, Campina Grande, 16-01-2017

Tabela (Valtenciana Almeida de Moraes)





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo: 08000385520188150001

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 **ALCIDES BELARMINO MARTINS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

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

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

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco 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,

CAMPINA GRANDE, 21 de janeiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 25/01/2021 13:05:36
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012513053535400000036896544>
Número do documento: 21012513053535400000036896544