



Número: **0803541-64.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **31/01/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CARLOS AILTON ALIPIO ESTEVAO (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36360 444	06/11/2020 16:07	<u>Petição</u>	Petição
36360 446	06/11/2020 16:07	<u>2586247_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
36360 447	06/11/2020 16:07	<u>2586247_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/11/2020 16:07:21
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616072044400000034714164>
Número do documento: 20110616072044400000034714164

Num. 36360444 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **CARLOS AILTON ALIPIO ESTEVAO**

Nº Sinistro: **3180533361**
Vítima: **CARLOS AILTON ALIPIO ESTEVAO**
Data do Acidente: **08/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180533361**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13590772





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

726 354 954 93

Nome completo da vítima

Carlos Hilton A. Estrela

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Carlos Hilton A. Estrela	726 354 954 93	Calçadeiro
Endereço	Número	Complemento
Rua da Mangueira	185	
Bairro	Estado	CEP
Ed. Cabanega	PB	58000-000
Email	Telefone (DDD)	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CEF (Caixa Econômica Federal) (104)			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
1010		36421	4
(Informar dígito se existir)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome			
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)			
(Informar dígito se existir)			

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder 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.

Carlos Hilton A. Estrela, 12 de Novembro de 2018

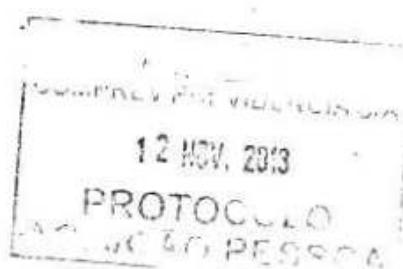
Local e Data

Carlos Hilton A. Estrela
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02025.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02025.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:36 horas do dia 24 de outubro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Carlos Ailton Alípio Estevão**, CPF nº 726.354.954-91, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Calceteiro, filho(a) de Adilia Estevão da Silva e Agenor Alípio Estevão, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 03/07/1969 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua da Mangeira, Nº 185, bairro Jardim Veneza, tendo como ponto de referência Quartel de Bombeiros, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98615-7002.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av Mar Vermelho, Posto de Combustível, Cabedelo/PB, bairro Intermares; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 08/06/18 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

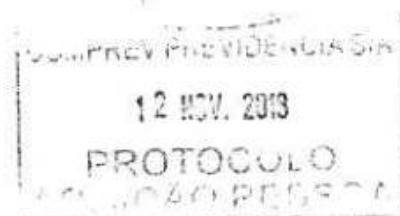
QUE trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo:HONDA/CG 125 FAN KS ,ano e modelo:2010 de cor preta, placa:NQE: 8997/PB, chassi nº 9C2JC4110AR713170, registrado em nome de Daurineide de Sousa Melo Estevão-CPF nº 804.683.064-04;QUE segundo o notificante seguia normalmente quando um veículo não sabendo especificar marca e modelo nem placa do mesmo e que este trancou ao noticiante fazendo com que o mesmo viesse a perder o controle e viesse a cair ao chão;Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1230/2018, EXPEDIDA PELA DR* ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 13.09.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, 24 de outubro de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


CARLOS AILTON ALÍPIO ESTEVÃO
Noticiante



Procedimento Policial: 02025.01.2018.1.00.420

1/1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180533361 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS AILTON ALIPIO ESTEVAO **Data do acidente:** 08/06/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFÍCIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PI: FUTU-A MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
CO: PLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 123456 Atd: segu
Data: 08/06/2018
Hora: 17:50:55
Repcionista: GEOVANA DO SANTOS
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: CARLOS AILTON ALIPIO ESTEVAO
CNS: 124127005340003 Sexo: M IDENTIDADE: 1340817 Fone: 986157002
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 03/07/1969 Id: 48 ano(s)

Num. Prontuario: 2018.06.001055

End.: RUA DA MANGUEIRA, 185

Bairro: JARDIM VENEZA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: ADILIA ESTEVAO DA SILVA

Pai: AGENOR ALIPIO ESTEVAO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: PEDREIRO SEM ESPECIFICACAO

Escolaridade:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: CARLOS AILTON ALIPIO ESTEVAO

Tel/Doc. Responsavel: 986157002 / IDENTIDADE: 1340817

Residencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA

Vitima de violencia por: NAO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

Aparentemente Bem Grave

FC: TP:

Politraumatizado Convulsao

Peso: Altura:

Hemorragia Displasia

Glicemia: IMC:

Diarreia Agitado

Circ. Abd: 02%:

Regular Chocado

Queixa Principal

Observacao

Dolida L1V1

Dr. Thales F. Seabra
CRM - PB 7124
Ortopedia e Traumatologia
Graujo do Joelho

PROTÓCOLO
40 PEGO

MA EM PUNHO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Parceiro de trabalho
neste serviço desde
outono de 2018 (E)

TC: *paciente*

DATA:	08/06/18
Hora:	20:25

Diagnostico

Conduta

Fratura do joelho
referencia dor

Tratamento: *com uso de* 08

Prescricao: *dr. steb (E)* | Horario da medicacao

Dr. Evertto P. Vasconcelos
MEDICO
CRM-PB 8618



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

0tde| 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/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CARLOS AILTON ALIPIO ESTEVAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01010

CONTA: 000000036421-4

Nr. da Autenticação 7F6461385E370993



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/11/2020 16:07:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616072157900000034714166>
Número do documento: 20110616072157900000034714166

Num. 36360446 - Pág. 8

energish

ENERGIA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
26 - Ceará Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58072-400
CNPJ 06.095.180/0001-40 - INSC. EAT 16.015.823-4

Atendimento ao Cliente ENERGISA - **0800 083 0196** | www.energisa.com.br

Conta referente a	Acrescimo	Data devolução próxima leitura	CPF / CNPJ / RAN
Out / 2018	17/10/2018	16/11/2018	004.683.054-54

UC (Unidade Consumidora) Inc. Est. 1998

- Tarifa Social de Energía Eléctrica - TSEE fue creada por la Ley 10.478 del 20 de diciembre de 2001.

Anterior		Tributos		Consumo		Contribuições		Débito		
Data	Leritura	Data	Leritura	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Aj. IPI/IBI	Base Calc. PIS/IRB	Cofre(BR)	
14/09/18	21340	12/10/18	21537							
CCI	Descrição									
0601	Consumo ate 30kWh-BR	30.000,00	0,276300	6,34	6,34	27	2,25	6,34	0,05	0,26
0601	Consumo - 31 a 103kWh-BR	70.000,00	0,477910	32,39	33,39	27	8,01	33,39	0,22	1,03
0601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	97.000,00	0,715020	59,40	59,40	27	18,74	59,40	0,46	2,16
0601	Ajus. B Vermelha			10,06	10,06	27	2,72	10,06	0,06	0,31
0810	Subsídio			55,72	55,72	27	15,04	55,72	0,37	1,72
	LANÇAMENTOS DE SERVIÇOS									
0807	CONTRE SERV. ILM. PÚBLICA			4,85	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	Devolução Subsídio			-36,58	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

ESCI: Edição de Classificação do Item TOTAL: 4143 19 126 01 105 00 000 00

24/10/2018 85143-10

12 MAY 2013

PROTOCOL





JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA, 000
MANAIARA
58038-460 - JOAO PESSOA - PB

Código NET
907/014527082
Vencimento
10/10/2018
Valor
199,99
CPF/CNPJ
455.536.024-91
Forma de Pagamento
BOLETO BANCÁRIO

PARA 2a VIA DA FATURA, DEBITO AUTOMATICO E DUVIDAS, ACESSE NET.COM.BR

001/004



Minha NET:

BOA LARGA NET
EMPRESAS 60 MEGA FIO
FONE EMPRESA BRASIL
TOTAL 1L

descrição

total

NET VIRTUA +
NET Fone

145,00
54,99

Valor total
199,99

NET VIRTUA +

Mensalidade NET VIRTUA +

BOA LARGA MENSALIDADE VIRTUA BOA LARGA NET EMPRESAS 60 MEGA FIO	145,00
Sub-Total Mensalidade NET VIRTUA +	145,00
Total NET VIRTUA +	145,00

NET Fone

SERVIÇO	DURAÇÃO
LIGAÇÕES LOCAIS	04h00m
ASSINATURA	34,99
Total NET Fone	54,99



TUDO O QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A TV E O ENTRETENIMENTO

Os grandes astros de Hollywood, as dicas dos melhores filmes, séries e as atrações mais quentes da TV por assinatura, você encontra na revista **MONET**. Confira também um superguia com a programação da **NET**, incluindo o **NOW**.

Acesse net.com.br/monet e assine já!

Prêmio Veículos de Comunicação > Melhor Revista Customizada
Assinatura disponível para clientes NET, consulte disponibilidade em sua cidade.

Para atendimento presencial consulte os endereços no site net.com.br
- Envie o desligamento de seu atalho automático e pagamento até a data do vencimento. NET fatura as faturas da SPC.

- Para pagamento após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,633% e multa de 2%.

- Caso exijam serviços prestados e não cobrados, esses serão incluídos nos seus próximos faturamentos.
- Desbloqueio Auditivo e de Fala Áspera (0800 721 7767 - É preciso realizar a ligação com um telefone adaptado com dispositivo TDD (Dispositivo de Telecommunications para surdos).
- Ligue 4084-7777 para atendimento técnico, financeiro e compra de serviços (custo da ligação local).

- Central de Relacionamento NET: 10621 x 6000-7217797
(deslocados ao fone)
Desativar 60007016180

- REGISTROS DE ATENDIMENTO:
087162790726744,
087162790505626,
087162790545626,
087162790565518,
087162790505059

12 NOV. 2013

Autenticação Mecânica

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,633% e multa de 2%. Os encargos de pagamentos efetuados após o vencimento serão cobrados na próxima fatura.

Atenção: efetue seus pagamentos nos bancos conveniados a seguir: BANCO BRADESCO S.A., BANCO COOPERATIVO DO BRASIL S.A., BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A, BANCO DE BRASÍLIA S.A., BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARÁ, BANCO ITAÚ S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S/A, BANCO SANTANDER, BANSE.

BANRISUL, CAIXA ECONOMICA FEDERAL, CITIBANK, CPFL

Cliente	Identificação para Débito	Mês Referência	Vencimento	Valor
JOSE EDUARDO DA SILVA	NET SERVICOS 9070145270823	Setembro/2018	10/10/2018	199,99

84640000001-0 99990296201-1 81010907000-5 00144440401-4





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 9.513/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário, Carlos Siltom A. Tonete inscrito
(a) no CPF sob o Nº 726.354.954-91 do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima
Carlos Siltom A. Tonete inscrito (a) no CPF sob o Nº 726.354.954-91 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

12 NOV. 2013

PROTOCOLO

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.

Enderço	<u>Av. Maria Rosa</u>	Número	<u>58</u>	Complemento			
Bairro	<u>Mamainha</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP	<u>58038-460</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	<u>99105-5363</u>	Telefone celular (DDD)	<u>98663-4900</u>		

J. Rosa, 30 de outubro de 2018

Local e Data

Alexandria Cesar Duarte

Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/11/2020 16:07:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616072157900000034714166>
Número do documento: 20110616072157900000034714166

Num. 36360446 - Pág. 11

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Damival de Souza Melo Esteves,
RG nº 1247.066, data de expedição 22/02/2017
Órgão SSDS, portador do CPF nº 804 683 06404, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
da Mangueira, nº 185,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
víctima carlos alton Alipio Esteves, cujo o condutor era
carlos alton Alipio Esteves.

Veículo: ~~HONDA~~ HONDA / CG 325 . FAN KS .
Modelo: Honda / CG 325 . FAN KS .
Ano: 2010
Placa: PJOE 8997 / PB
Chassi: 4C2JCHJ30AR 713170 .
Data do Acidente: 08/06/18 .
Local e Data: JESUS PRIMERA - PB 08/06/18 .

Declarante de Sua Vida Intensa
Assinatura do Declarante

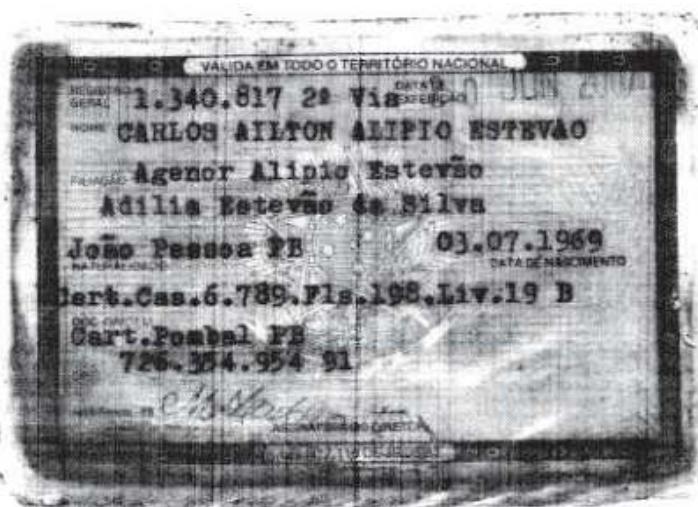


CARTÓRIO CELEIRA

RECONHECO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE DAURINIDE DE SOUSA MELO ESTEVÃO, [111019], J.Pessoa-FB, 18/06/2018
10:13:00 Emol R\$9,48 Farpen:R\$0,28 Fepi:R\$1,90.
ISS:R\$0,47. Em test da verdade. Tabelia CELEIDA COSMO FERREIRA S/100. Selo Digital AHB76671-XEIK Consulte em <https://selodigital.tabelia.com.br>

COMITÉ PREVIO A LA S.A.
12 NOV. 2013
PROTOCOLO
EN 60 PÁGINAS





12/11/2013
PROTÓCOLO
JUZGADO PESO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180533361 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS AILTON ALIPIO ESTEVAO **Data do acidente:** 08/06/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFÍCIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: FERNANDA CARDOSO GUERRA FONSECA

CRM: 533427

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180533361 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS AILTON ALIPIO ESTEVAO **Data do acidente:** 08/06/2018 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFÍCIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 - 06/11/2020 16:07:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616072157900000034714166>
Número do documento: 20110616072157900000034714166

Num. 36360446 - Pág. 15

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Carlos Ailton Alipio Estevão,
brasileiro(a), estado civil casado, profissão
calceteiro, CI RG nº 1340.817,
CPF/MF nº 726.354.954-93, residente e domiciliado(a) à Rua
da Manaira, 585 3º Venexa,
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 580 00000, telefone
(83) 99105.5363, 986634900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o nº 046.502.754-74
e RG sob o nº 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58,
Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO
para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações
por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar
o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias
necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a
Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de
responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

12 NOV. 2013

PROTOCOLO
REGISTRO

João Pessoa, 18 de Junho de 2013.



CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

Reconheço, Por Autenticidade a firma de CARLOS AILTON
ALIPIO ESTEVAO,[10497], J.Pessoa-PB, 18/06/2018 10:08:45
Ead: R\$9,48 Farpen:R\$0,28 Fepi:R\$1,90, ISS:R\$0,47. Em
test da verdade. Tabelia CELEIDA COSTO PEREIRA SILVA.
1 44R7A670-BMNY Consulte em

OUTORGANTE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0411669/18

Vítima: CARLOS AILTON ALIPIO ESTEVAO

CPF: 726.354.954-91

Seguradora: MAPFRE VIDA S/A

Data do acidente: 08/06/2018

Titular do CPF: CARLOS AILTON ALIPIO ESTEVAO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

CARLOS AILTON ALIPIO ESTEVAO : 726.354.954-91

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/11/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/11/2020 16:07:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616072157900000034714166>
Número do documento: 20110616072157900000034714166

Num. 36360446 - Pág. 17



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08035416420198152001

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 **CARLOS AILTON ALIPIO ESTEVAO**, 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:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 4 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 - 06/11/2020 16:07:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616072225400000034714167>
Número do documento: 20110616072225400000034714167

Num. 36360447 - 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 - 06/11/2020 16:07:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110616072225400000034714167>
Número do documento: 20110616072225400000034714167

Num. 36360447 - Pág. 2