



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
36360444	06/11/2020 16:07	Petição	Petição
36360446	06/11/2020 16:07	2586247_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
36360447	06/11/2020 16:07	2586247_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



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

Pag. 00855/00856 - carta_01 - INVALIDEZ



00020428





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 Ailton A. Estevão

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Carlos Ailton A. Estevão	726 354 954 93	Calateiro
Endereço	Número	Complemento
Rua da Mangueira	185	
Bairro	Cidade	Estado
Id. Venéza	João Pessoa	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58000-000	

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 checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.004,00 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 checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V
1030		36421	4
(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.

João Pessoa, 12 de Novembro de 2018

Local e Data

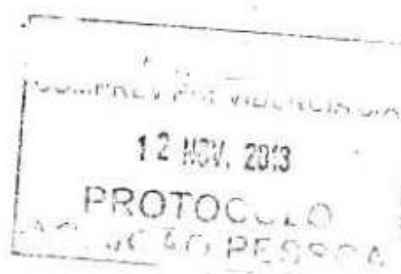
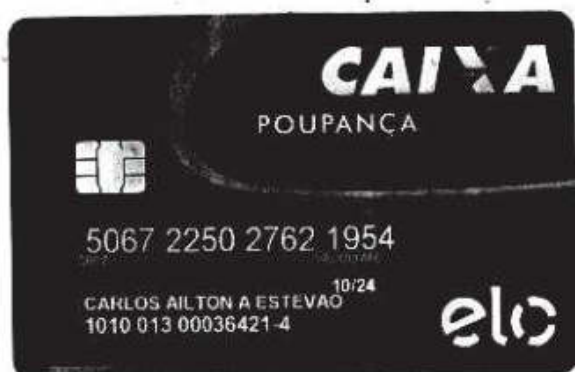
Carlos Ailton A. Estevão

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 Araújo 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 Adília 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 Intermare; 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.**

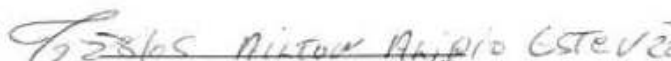
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

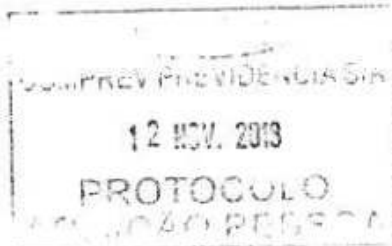
QUE trafegava com o pas/veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: HONDA/CG 125 FAN KS, ano e modelo: 2010 de cor preta, placa: NQE: 8997/PB, chassi nº 9C2JC4110AR713170, registrado em nome de Daurineide de Sousa Melo Estevão-CPF nº 804.683.064-04; QUE segundo o notificante seguia normalmente quando 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 DRª 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 fê.

João Pessoa/PB, 24 de outubro de 2018.


JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação


CARLOS AILTON ALÍPIO ESTEVÃO
Notificante



Procedimento Policial: 02025.01.2018.1.00.420



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 DEFICIT 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:



Pt. FEITUÇA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
CÓ. 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: 135120 Atd: egu
Data: 08/06/2018
Hora: 17:50:55
Recepcionista: GEOVANA DO SANTOS
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: CARLOS AILTON ALIPIO ESTEVAO Num. de vezes atendido: 1
CNS: 124127005340003 Sexo: M IDENTIDADE: 1340817 Fone: 986157002 Num. Prontuario: 2018.06.001055
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 03/07/1969 Id: 48 ano(s)
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
Ocupação: PEDREIRO SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: CARLOS AILTON ALIPIO ESTEVAO
Tel/Doc. Responsavel: 986157002 / IDENTIDADE: 1340817
Concedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA

Vitima de violência por: NAO

☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

MA EM PUNHO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
☐ Hemorragia ☐ Dispneia
☐ Diarreia ☐ Agitado
☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vômito
Observacao: 12 NOV. 2013
PROTOKOL
JOAO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Prescrição

Horario da medicacao

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

Dr. Everton T. Vasconcelos
MÉDICO
CRM-PB 8618

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



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
------	--------------	------	---------	----------

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMIENTO 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



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



DAURNEIDE DE SOUSA MELO ESTEVAO
RUA DA MANUEIRA, 155 - JOVENEZA
JOAO PESSOA / PB CEP: 58000000 (AG-3)
Emissão: 17/10/2018 Referência: Out 2018
Classe/Serviço: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFASICA D9
Roteiro: 9-2-582-1585 Nº Medidor: 00001715673



ENERGISA PARAIBA, DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
26 - Crédito Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58011-680
CNPJ: 06.005.183/0001-43 Ins. Est. 16.015.6234

Nota Fiscal: Contador Energia S/A 0014.085.441
Cód. por Dth. Autenticação: 03054691767

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

Conta referente a: 17/10/2018 Data prevista da próxima leitura: 16/11/2018 CPF/CNPJ/RANI: 804.683.084-04

UC (Unidade Consumidora): 5485673

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior		Atual		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura				
14/09/18	21340	17/10/18	21537				
CCI Descrição		Quantidade	Tarifa/	Valor Base Calc.	Alq.	Imposto(R\$)	Base Calc. Pto(R\$)
				Tributos Total(R\$)	ICMS(R\$)	Pto(R\$)	ICMS(R\$)
0601 Consumo até 30kWh-BR		30,000	0,276250	8,34	8,34	27	2,25
0601 Consumo - 31 a 100kWh-BR		70,000	0,477010	33,39	33,39	27	8,01
0601 Consumo - 101 a 220kWh-BR		97,000	0,715520	69,40	69,40	27	18,74
0601 Adic. B Vermelho		10,000	0,100000	1,00	1,00	27	0,27
0610 Subsidio				55,72	55,72	27	15,04
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0901 CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA				4,85	0,00	0	0,00
0909 Devolução Subsidio				-38,58	0,00	0	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 143,18 128,91 47,78 178,81 1,18 5,46
24/10/2018 R\$ 143,18

12 NOV. 2018
PROTOCOLADO
JOAO PESSOA



NET
O MUNDO É DOS NETS

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

Código NET
907/014527082

CPF/CNPJ
455.536.024-91

Vencimento
10/10/2018

Valor
199,99

Forma de Pagamento
BOLETO BANCÁRIO

PARA 2ª VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSSE NET.COM.BR

001/004



Minha NET:

- Ⓢ BDA LARGA NET
- Ⓢ EMPRESAS 60 MEGA FIO
- Ⓢ FONE EMPRESA BRASIL
- TOTAL 1L

descrição

- Ⓢ NET VIRTUA +
- Ⓢ NET Fone

total

145,00

54,99

Valor total
199,99

NET VIRTUA +

Mensalidade NET VIRTUA +

81000/18 a 20/09/18 MENSALIDADE VIRTUA BDA 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 0,00

ASSINATURA 54,99

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 supêrgrafo 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
- Exite o domicílio de seu atual eletrônica e pagamento até a data do vencimento. NET filiada ao Serasa/SCPC.
- Para pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% e multa de 2%.

- Caso existam serviços prestados e não cobrados, essas serão incluídos nos seus próximos boletins.
- O cliente Autônomo e de Fila Ligue 0800 721 7707 - E precisa realizar a ligação com um telefone adaptado com dispositivo TDD (Dispositivo de Telecomunicações para surdos).
- Ligue 0800-7777 para atendimento técnico, financeiro e cobrança de serviços (contas de ligação local).

Central de Racionamento NET: 10621 a 8000-7217707
(Relações seguras)
Ovidória 80002010100

REGISTROS DE ATRIBUIÇÃO:
007162708706744,
007162708706744,
007162708706744,
007162708706744,
007162708706744,
007162708706744.

Autenticação Mecânica

Pagamentos após o vencimento serão cobrados juros diários de 0,033% 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 SA, BANCO COOPERATIVO SICREDI S/A, BANCO DE BRASILIA SA, BANCO DO BRASIL S.A., BANCO DO ESTADO DO PARA, BANCO ITAU S.A., BANCO MERCANTIL DO BRASIL S.A., BANCO SAFRA S/A, BANCO SANTANDER, BANESE, 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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Gusar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlos Altom A. Brito inscrito
(a) no CPF sob o Nº 726.354.954-9 do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima
Carlos Altom A. Brito inscrito (a) no CPF sob o Nº 726.354.954-9 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>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento
Bairro <u>Materna</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>99105-5363</u>	Telefone celular (DDD) <u>98663-4900</u>

J. Pessoa 30 de outubro de 2018
Local e Data

Alexandra Gusar Duarte
Assinatura do Declarante

DLDR.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Daurineide de Sousa Melo Esteves,
RG nº 1247.066, data de expedição 22/02/2017
Órgão SSDS, portador do CPF nº 804.683.064-04, com
domicílio na cidade de José Pessoa, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Da Mangueira, nº 185,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Carlos Alton Alípio Esteves cujo o condutor era
Carlos Alton Alípio Esteves.

Veículo: Motorcycle
Modelo: Honda/CB 125-FAN KS
Ano: 2010
Placa: PAE 8997/PB
Chassi: GC2JCHJ30AR 713170
Data do Acidente: 08/06/18
Local e Data: José Pessoa - PB 18/06/18



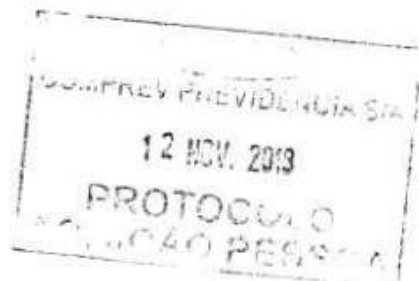
Daurineide de Sousa Melo Esteves
Assinatura do Declarante

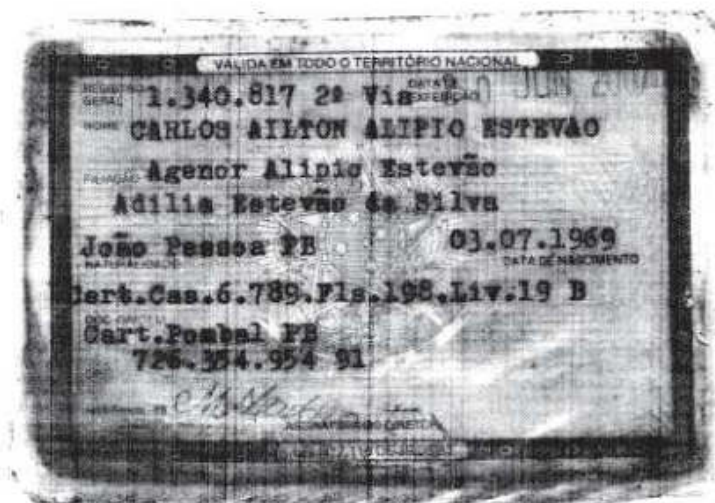
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

Reconheço por Autenticidade a firma de DAURINEIDE DE
SOUSA MELO ESTEVES, [111019], J. Pessoa-PB, 18/06/2018
10:13:00 Emol R\$9,48 Farpens R\$0,28 Fepj R\$1,90,
ISS R\$0,47. Em test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO
PEREIRA SILVA, Selo Digital A#E76671-XEIK. Consulte em
<https://selodigital.tjpb.jus.br>





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180533361 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS AILTON ALÍPIO 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 DEFICIT 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 ALÍPIO 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 seqüela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFICIT 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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Charles Alton Alipio Estevão
 brasileiro(a), estado civil casado, profissão calceiro
 CI RG nº 1340.817
 CPF/MF nº 726.354.954-91, residente e domiciliado(a) à Rua da Manaxeira, 185 JD Veneta
 Cidade de João Pessoa, Estado Paraíba
 CEP: 580 00000, telefone (83) 99105.5363, 98663 4900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 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.

João Pessoa, 18 de Junho de 2018.



CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL

Nacimento: Por Autenticidade a firma de CARLOS ALTON
 ALFIPIO ESTEVAO, [10497], J. Pessoa-PR, 18/06/2018 10:08:43
 Emol R\$9,48 Farpens R\$40,28 Fcp R\$1,90. ISS: R\$0,47. Em
 test da verdade. Tabella CELEIDA COSTA FREIRA SILVA.
 1 44076570-RM Consultar 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

CPF de: Próprio

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª 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



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