



09/07/2021

Número: **0801995-71.2018.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **06/06/2018**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDVALDO TOMAZ DA SILVA (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
32876440	09/07/2021 14:43	Petição	Petição
45564976	09/07/2021 14:43	2611761_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
45564979	09/07/2021 14:43	2611761_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **EDVALDO TOMAZ DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180008848**

Vítima: **EDVALDO TOMAZ DA SILVA**

Data do Acidente: **04/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180008848**.

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 12184484

Pag. 01371/01372 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: EDVALDO TOMAZ DA SILVA
Nº Sinistro: 3180008848
Vítima: EDVALDO TOMAZ DA SILVA
Data do Acidente: 04/08/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180008848**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- DUT não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Pag. 00719/00720 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12188239



Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **EDVALDO TOMAZ DA SILVA**

Sinistro: **3180008848**

Vítima: **EDVALDO TOMAZ DA SILVA**

Data do Acidente: **04/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180008848** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Pag. 00629/00630 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12368555



Rio de Janeiro, 09 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **EDVALDO TOMAZ DA SILVA**

Sinistro: **3180008848**

Vítima: **EDVALDO TOMAZ DA SILVA**

Data do Acidente: **04/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180008848** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Pag. 00629/00630 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12368555



Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **EDVALDO TOMAZ DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180008848**
Vítima: **EDVALDO TOMAZ DA SILVA**
Data do Acidente: **04/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180008848**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo
- DUT não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Pag. 01173/01174 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12492792



Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: EDVALDO TOMAZ DA SILVA

Nº Sinistro: 3180008848

Vítima: EDVALDO TOMAZ DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180008848**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **04/08/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00875/00876 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 12668327





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Autorização de pagamento

Nº DO SINISTRO



CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, EDUARDO TOMAZ DA SILVA

PORTADOR(A) DO RG Nº 135339 EXPEDIDO POR SSP-PA EM 20/02/15

CPF 798316814-15 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO INSTALADOR

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.200,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Edvaldo Tomaz da Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca do profissional e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CFF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do documento com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3348 Nº da CONTA (com dígito, se existir)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa, 14 de setembro de 2017

LOCAL E DATA

Elvildo Romazola Salvo
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

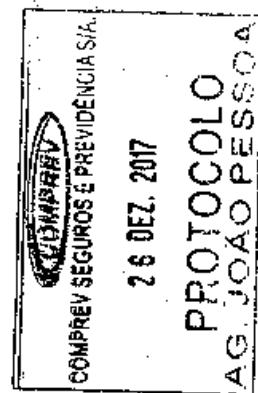


ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.943/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02084.01.2017.1.00.420

Boletim de ocorrência



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02084.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:27 horas do dia 17 de novembro de 2017, 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 Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, comparecem **Edvaldo Tomaz da Silva**, CPF nº 798.516.814-15, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Instalado de Bateria, filho(a) de Maria Gorete da Silva e José Tomaz da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 07/12/1973 (43 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Capitão Vitorino Carneiro da Cunha, Nº 130, bairro Jardim Europa I, tendo como ponto de referência Praça do Quiosque, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98859-9783.

Dados do(s) Fatos:

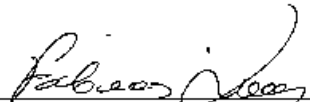
Local: Av. Sanhauá, Próximo da Estação Ferroviária, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/08/17 16:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: **LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

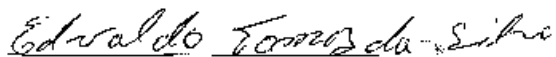
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/CG160 START, PRETA, 2016, PLACA QFS0397/PB, CHASSI 9C2KC2500GR033205, registrada em nome de BATCENTER ACESSORIOS PARA A LTDA, quando repentinamente um CARRO PÁLIO, VERMELHO, NÃO IDENTIFICADA, cruzou à sua frente onde o noticiante acabou colidindo na traseira do mesmo; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1563/2017, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 17.10.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde deu entrada no dia 05.08.2017, às 00h58, para onde foi socorrido pelo SAMU; 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, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 17 de novembro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


EDVALDO TOMAZ DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 02084.01.2017.1.00.420





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Edvaldo Tomaz da Silva, portador da carteira de identidade nº 155339 e inscrito no CPF sob o nº 798.516.84-15 residente e domiciliado na Rua Vitunimo Carneiro da Cunha 130 - Jardim Europa, cidade Santa Rita 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 residô não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que residô 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.

Edvaldo Tomaz da Silva
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 14 setembro 2017
Local e data





Comprovação de ato declaratório



CERTIDÃO

Nº. 1563/2017

Atendendo solicitação de GISELE LOPES TEIXEIRA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº50118 e Prontuário Nº 2017.08.000566 pertencente a **EDVALDO TOMAZ DA SILVA** que foi atendido dia 05/08/2017 às 00H58min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

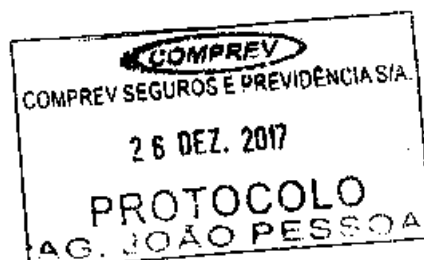
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 12/08/2017.

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

João Pessoa, 17 de outubro de 2017

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edvaldo Tomaz da Silva

RG nº 155339, CPF nº 798.56.814-15, Requerente da vítima beneficiário

RG nº 155339, data de expedição 00/02/2015

Órgão SSP-PA, CPF nº _____, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

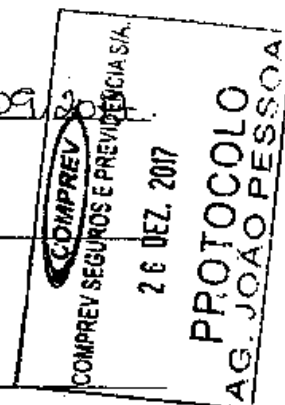
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Viturino Carneiro da Cunha</u>
Número	<u>130</u>
Aptº / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Jardim Buena Vista I</u>
Cidade	<u>Santa Rita</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>58300-970</u>
Telefone de contato	<u>83.99342.1170/99105-5363/3512-8800</u>
E-mail	<u>alexandracusarduato@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa PA 14/09/2017

Edvaldo Tomaz da Silva
Assinatura do Beneficiário

Assinatura do Representante





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Pádua Circo 220 - Jardim Europa - PB
CEP: 58.115-070 - CNPJ: 08.123.064/0001-87

MATRICULA
70415552
REFERENCIA
NOV/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

EDYALDO TOMAZ DA SILVA
RUA CAP VITURINO CARNEIRO DA CUNHA 130
JARDIM EUROPA I
SANTA RITA 58300-970

Inscrição		SM	Quantidade de Economias				Responsável
003.12.225.0357		8	Antes	Atual	Antes	Atual	81220456
Medímetro	Data de instalação	Localização	Situação Água		Situação Esgoto		
124231893	10/09/2012	4	LIGADO		POTENCIAL		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NÚM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
561	573	12	30	13/12/2017

HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.

PERÍODO	VALOR	PARÂMETROS	EXIG.	ANÁLIS.	CONFORMES
MAR/2017	18	0	20	115	115
JUN/2017	8	0	20	115	115
JUL/2017	13	0	20	115	115
AGO/2017	6	0	20	115	115
SET/2017	12	0	20	115	115
OUT/2017	5	0	20	115	115
MEDIA(M)	9	0	20	115	115

DADOS REFERENTES A: SET/2017

DATA DA LEITURA: 16/11/2017
HORA DA LEITURA: 11:08:10
DESCRICAO: CONSUMO VL ÁGUA VL ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL-CONSUMO: 12,00 0,00 12,00 R\$39,84
DE 11/11 A 16/11 0,00 0,00 0,00 R\$0,00
TOTAIS 46,34 R\$39,84

330-PARCELAMENTO R\$12,86
347-JUROS DE HORA R\$0,56
350-ACRESCIMO(S) MÊS(ES) ANT. R\$1,89
355-PARCEL. ACRES. IMPRINTA R\$5,46

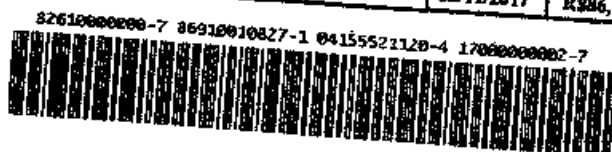
VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS, R\$4,79 PIS E COFINS, LEI 12.741/12.
VENCIMENTO: 28/11/2017 Total a Pagar: R\$46,91

v. 16.13 R. 1.0

CONFIRMAÇÃO DE LEITURA: CONFIRMADA
CONFIRMAÇÃO DO FATURAMENTO: REAL TIPO DE TARIFA: NORMAL
POSICAO DE DEB. ANTERIOR(ES)
EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DEBITO.
INFORMACOES GERAIS:
ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO
WWW.TRANSPARENCIA-PB.GOV.BR



MATRICULA	REFERENCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70415552	NOV/2017	28/11/2017	R\$46,91



COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
26 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



Comprovante de residencia



Fatura Mensal
 Número do Cartão: 528965XXXX3655
 Atendimento a Clientes: 40048099
 Demais Localidades: 0800 9409000

CTC RECIFE PE ME
 JOSE EDUARDO DA SILVA
 AV MARIA ROSA 58
 MANAIRA
 58038-460 JOAO PESSOA PB

Emissão: 13/10/2017

Demográfico do Programa de Pontos Caixa

Sendo Devidos: 22376
 Pontos a Cobrar: 1239

Encargos: 2,40%
 Multa: 1,00%
 JCSA: 5,00%

Vencimento da fatura 28/10/2017
Total da fatura R\$ 50,00

ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deve salientar o valor em falta no campo de observações. Incidências sobre a diferença entre o valor total e o valor pago. Valor em falta em caso de pagamento mínimo, até o vencimento R\$ 5,44.
 Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/PAIS	Valor Original	Valor US\$	Credito/Debito
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR				
28/09	OBRIGADO PELO PAGAMENTO				
	Subtotal Nacional				

JOSE EDUARDO DA SILVA 528965XXXX3655
 Movimentações Nacionais
 13/10 ANUIDADE DIFERENCIADA TT 02/04
 Subtotal Nacional

Total Nacional
 Total Internacional
 Total da Fatura

Protocolo AG. JOAO PESSOA
 2017 DEZ 32
 COMP. REV. 3
 COMPREVEVA
 PREVIDENCIA S/A



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 Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 465.536.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edvaldo Tomaz da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 798.516.814-15 do sinistro de DPVAT cobertura DPVAT da Vítima Edvaldo Tomaz da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 798.516.814-15, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

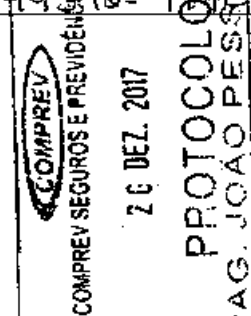
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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>Monjivim</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-140</u>
Email <u>alexandreasaduarte@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>83-3512-8000</u>	Telefone regular (DDD) <u>993412-1172</u>

João Pessoa 14 de agosto de 2014
Local e Data

Assinatura do Declarante



DLDR-001 V001/2017

Declaração do proprietário



FAZER ABERTURA DE FIRMA
CARTÓRIO E RECONHECIMENT
FIRMA DO PROPRIETÁRIO
VEÍCULO POR AUTENTICIDADE,
PODE SER POR SEMELHANÇA.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE AVELINO DE PAIVA

RG nº 140816-PB, data de expedição 05/03/2013
Órgão INSTRAL, portador do CPF nº 002240814-20 com
domicílio na cidade de CIDADE PESSOA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
PROFA M. SALES, nº 820,

complemento AV. 802, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima EDVALDO TOMAZ DE SILVA cujo o condutor era
Edvaldo Tomaz de Silva

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 160 START

Ano: 2016

Placa: QFS 0398-PB

Chassi: 9C2MC2506R033097

Data do Acidente: 04-08-2017

Local e Data: CIDADE PESSOA, 24/08/17

Assinatura do Declarante

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



FAZER ABERTURA DE FIRMA/
CARTÓRIO E RECONHECIMENT
FIRMA DO PROPRIETÁRIO
VEÍCULO POR AUTENTICIDADE,
PODE SER POR SEMELHANÇA.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ AVELINO DE PAIVA
RG nº 140816-PB, data de expedição 05/03/2013
Órgão JUSTIÇA, portador do CPF nº 002.240.814-20 com
domicílio na cidade de CTOAR PESSOA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
PROFA M. SALES, nº 820
complemento APT. 802, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima EDUARDO TOMAZ DE SILVA cujo o condutor era
Edvaldo Tomaz de Silva

Veículo: **MOTOCICLETA**
Modelo: **HONDA EG 160 START**
Ano: **2011**
Placa: **QFS 0398 ED**
Chassi: **999HCB0000R0022047**
Data do Acidente: **04-08-2017**
Local e Data: **Volta Redonda RJ**

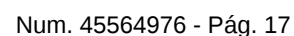
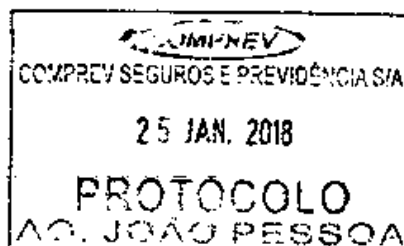
Declaracao do proprietario de

Local e Data: PESSOA 24/08/17

Assinatura do Declarante

CARTARIO
←

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



SEXTA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE LIMITADA DENOMINADA "BATCENTER ACESSÓRIOS PARA AUTOS LTDA."

I - JOSÉ AVELINO DE PAIVA, brasileiro, casado com comunhão de bens, empresário, natural de João Pessoa - PB, nascido em 19/03/1943, residente e domiciliado Rua Professora Maria Sales, 820 - apto. 802 - Edif. Maison de Paris - Tambaú - na cidade de João Pessoa - PB, CEP 58.039-130, portador da carteira de identidade de nº 140.816 - SSP/PB, CPF nº 002.240.814-20 e

II - DISCIOLA MARTINS DE PAIVA, brasileira, casada com comunhão de bens, empresária, natural de João Pessoa - PB, nascida em 28/10/1946, residente e domiciliada na Rua Professora Maria Sales, 820 - apto. 802 - Edif. Maison de Paris - Tambaú - na cidade de João Pessoa - PB, CEP 58.039-130, portadora da carteira de identidade de nº 127.016-SSP/PB, CPF nº 086.745.154-87, únicos sócios da BATCENTER ACESSÓRIOS PARA AUTOS LTDA., com sede na Av. Gen. Bento da Gama, 600 - Torre - João Pessoa-PB, CEP 58.040-090, registrado na JUCISP sob o NIRE 2520020454-9, por despacho de 19/11/1990, e no CNPJ sob nº 35.490.119/0001-74 resolvem, assim, alterar o contrato social.

PRIMEIRA - O objeto social da sociedade que é Comércio varejista de peças e acessórios para veículos, fica acrescido de indústria de acumuladores elétricos feita fora do estabelecimento por terceiros;

SEGUNDA - O capital social que é de R\$ 3.000,00 (Três mil reais) fica elevado para R\$ 10.000,00 (Dez mil reais), integralizando neste ato, em moeda corrente do país e distribuído entre os sócios da seguinte maneira:

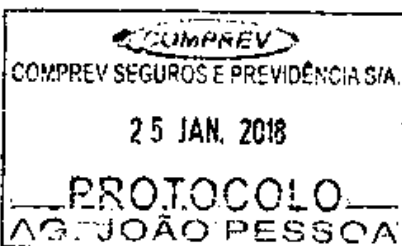
José Avelino de Paiva participa com	R\$ 9.000,00
Disciola Martins de Paiva participa com	1.000,00
Total	R\$ 10.000,00

TERCEIRA - A vista da modificação ora ajustada consolida-se o contrato social com seguinte redação.

PRIMEIRA - A sociedade gira sob o nome empresarial BATCENTER ACESSÓRIOS PARA AUTOS LTDA, com sede na cidade de João Pessoa - PB, situando-se o estabelecimento na Avenida General Bento da Gama, 600 - Torre - CEP nº 58.040-090, podendo ainda abrir filiais ou nomear representantes em qualquer parte do país ou fora dele, prevalecendo a decisão tomada pela maioria do Capital Social;

SEGUNDA - O capital social é de R\$ 10.000,00 (Dez mil reais) dividido em 10.000 (Dez mil) quotas no valor de R\$ 1,00 (Um real) cada uma, subscritas pelos sócios da seguinte maneira, o sócio JOSÉ AVELINO DE PAIVA, participa com 9.000 (nove mil) quotas no valor de R\$ 9.000,00 (nove mil reais), e a sócia DISCIOLA MARTINS DE PAIVA, participa com 1.000 (Um mil) quotas no valor de R\$ 1.000,00 (Um mil reais). O capital ora subscrito é integralizado em moeda corrente do país neste ato distribuído da seguinte maneira;

JOSÉ AVELINO DE PAIVA	9.000 QUOTAS R\$ 9.000,00
DISCIOLA MARTINS DE PAIVA	1.000 QUOTAS R\$ 1.000,00
TOTAIS.....	10.000 QUOTAS R\$ 10.000,00



SEXTA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE LIMITADA DENOMINADA "BATCENTER ACESSÓRIOS PARA AUTOS LTDA."

TERCEIRA – O objeto social é indústria de acumuladores elétricos, para fins do estabelecimento por terceiros e comércio varejistas de peças e acessórios para veículos;

QUARTA – A sociedade iniciou suas atividades em 19/11/1990 e seu prazo de duração é indeterminado;

QUINTA – As quotas são indivisíveis e não poderão ser cedidas ou transferidas a terceiros sem o consentimento do outro sócio, a quem fica assegurado, em igualdade de condições e preço direito de preferência para a sua aquisição de postas a venda, formalizando, se realizada a cessão delas, a alteração contratual pertinente;

SEXTA – A responsabilidade de cada sócio é restrita ao valor de suas quotas, mas todos responsáveis solidariamente pela integralização do capital social;

SÉTIMA – A administração da sociedade caberá ao sócio JOSÉ AVELINO DE PAIVA com os poderes e atribuições de administrador autorizado o uso do nome empresarial, vedado, no entanto, em atividades estranhas ao interesse social ou assumir obrigações seja em favor de qualquer dos quotistas ou de terceiros, bem como onerar ou alienar bens imóveis da sociedade, sem autorização do outro sócio;

OITAVA – Ao término de cada exercício social, em 31 de dezembro, o administrador prestará contas justificadas de sua administração, procedendo à elaboração do inventário, do balanço patrimonial e do balanço de resultado econômico, cabendo aos sócios, na proporção de suas quotas, os lucros ou perdas apurados;

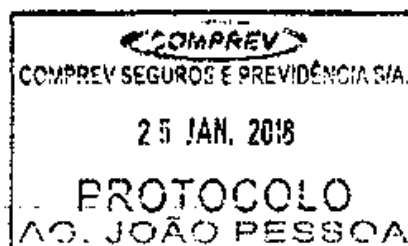
NONA – Nos quatro meses seguintes ao término do exercício social, os sócios deliberarão sobre as contas e designarão administradores quando for o caso;

DÉCIMA – A sociedade poderá a qualquer tempo, abrir ou fechar filial ou outra dependência, mediante alteração contratual assinada por todos os sócios;

DÉCIMA PRIMEIRA – Os sócios poderão de comum acordo fixar uma retirada mensal a título de pro-labore, observadas as disposições regulamentares pertinentes;

DÉCIMA SEGUNDA – Falecendo ou interditado qualquer sócio, a sociedade continuará suas atividades com os herdeiros, sucessores e o incapaz. Não sendo possível ou inexistindo interesse destes ou do sócio remanescente o valor de seus haveres será apurado e liquidado com base na situação patrimonial da sociedade, a data da resolução, verificada em balanço especialmente levantado;

Parágrafo Único – O mesmo procedimento será adotado em outros casos em que a sociedade se resolva em relação a seu sócio



Handwritten signature and initials.



SIXTA ALTERAÇÃO CONTRATUAL DA SOCIEDADE LIMITADA DENOMINADA
BATCENTER ACESSÓRIOS PARA AUTOS LTDA.

DÉCIMA TERCEIRA - O administrador declara sob as penas da lei, de que não está impedido de exercer a administração da sociedade, por lei especial, ou em virtude de condenação criminal, ou por se encontrar sob os efeitos dela, a pena que vede, ainda que temporariamente, o acesso a cargos públicos, ou por crime falimentar, de prevaricação, peita ou suborno, concussão, peculato, ou contra a economia popular, contra o sistema financeiro nacional, contra normas de defesa da concorrência, contra as relações de consumo, fé pública ou a propriedade.

DÉCIMA QUARTA - Fica eleito o foro da comarca de João Pessoa para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato.

E, por estarem assim justos e acordados, obrigam-se por si e seus herdeiros a cumprir fielmente o presente contrato que assinam na presença de 02 (duas) testemunhas, em 03 (três) vias de igual teor, destinadas ao registro, arquivamento e aos sócios.

João Pessoa, 19 de Outubro de 2003.

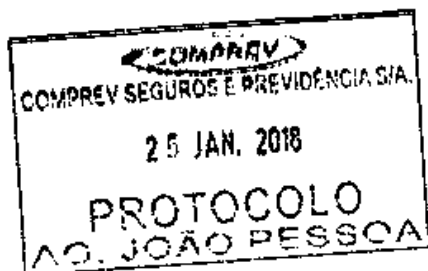
JOSE AVELINO DE PAIVA
RG 140.816-SSP/PB

Disciola Martins de Paiva
DISCIOLA MARTINS DE PAIVA
RG 127.016-SSP/PB

TESTEMUNHAS:

Valdemir Borges de Souza
VALDEMIRO BORGES DE SOUZA
RG 441.132-SSP/PB

Arturio Marcos Rocha de Sousa
ARTURIO MARCOS ROCHA DE SOUSA
RG 1.928.127-SSP/PB



JUNTA COMERCIAL DO ESTADO DA PARAIBA
CERTIFICO O REGISTRO EM: 31/10/2003
SCM Nº: 25600072310
Protocolo: 02023675-4
Deposito: 2 9070504 3
BATCENTER ACESSÓRIOS PARA AUTOS
LTDA.

DARLAN FRESQUILACINHA
SECRETÁRIO GERAL

Psicologia - Visita de rotina. Acompanhamento
14/08/17. + orientações

Valderi Araújo de Andrade

Psicólogo
CRP 110858

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução
------	--------------	------	---------	----------

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCESSAMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência

☐ Alta a pedido

☐ Transferido

☐ Enfermaria

☐ Desistência

Obito: ☐ Atestado

☐ UTI

☐ SVO ☐ JML

Assinatura do Médico

Assinatura e Carimbo do Médico





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Platô de OD N. 103 A. 103 A. 103/103 + Comp. 103
Incisão:	Longitudinal lateral em 10/10 (E)
Achados:	Vide 02/10/10
Conduta:	1. Incisão 2. Abertura da Placa 3. Desbridamento e limpeza 4. 2ª fixação 5. Remoção da fixação 6. Fixação 4 Placa 6 7. Remoção 8. Limpeza da Placa 9. Curativo 10. Placa
Fechar e Selo:	26 DEZ 2017 PROCOLO AG. CAOPES/PA
OBS:	10/10/10

Data: 12/08/17

[Assinatura]

MÉDICO/CRM

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





CERTIDÃO

Nº. 1563/2017

Documentação médica - hospitalar



Atendendo solicitação de GISELE LOPES TEIXEIRA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº50118 e Prontuário Nº 2017.08.000566 pertencente a **EDVALDO TOMAZ DA SILVA** que foi atendido dia 05/08/2017 às 00H58min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

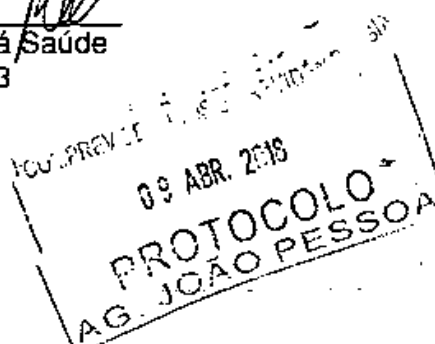
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 12/08/2017.

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

João Pessoa, 17 de outubro de 2017

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
Nº: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nº: 50118 Atd: Nao Regu
Data: 05/08/2017
Hora: 00:58:09
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES
Clínica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDVALDO TOMAZ DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2017.08.000566

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 1553397 Fone: 987209499

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 07/12/1973 Id: 43 ano(s)

End.: RUA/ CAPITAO VITORINO CARNEIRO DA CUNHA, 130

Bairro: TIBIRI II Cidade: SANTA RITA (GIRAUNA) UF: PB

Mae: MARIA GORETE DA SILVA

Pai: JOSE TOMAZ DA SILVA

Raca: Parda Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupacao: INSTALADOR SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Lim. RMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Rel. p.: ESPOSA/MIRIAN

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Pro. encia: HOSPITAL DO TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima do acidente por: VITIMA QUEDA DE MOTO HJ AS

Vitima de violencia por: 16:30, NO CENTRO DE JOAO PESSOA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco:

FA:

FP:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Temperatura:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

Queixos Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Observacao

Encaminhado conforme pactuacao.

Luciana S. N. Santos
Enfermeira
CRM 78654

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente com trauma em punha e dor no antebraço. + tra. 630
Encaminhado ao trauma

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Recomendado para trauma

10/08/2017
12h12
CRM 7124
Tribuna Regional
João Pessoa

1) Enc. para trauma (ant. 630)
2) Internar para TCE e trauma
3) At. C. 5. 1. 14 + SAT 1000 UF 141

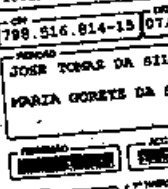
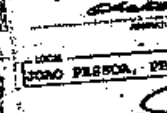


Data:

MÉDICO/CRM



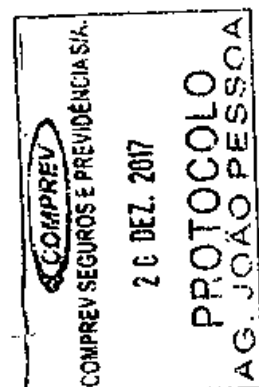
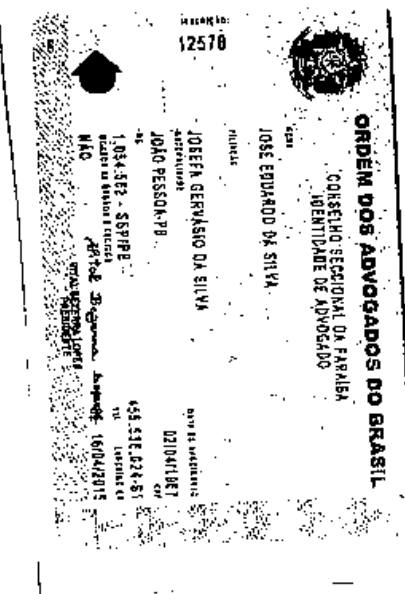
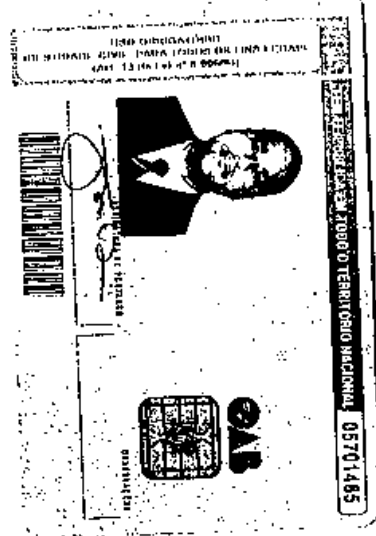
Abstract

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
Nome: ROVALDO TORRES DA SILVA	
RG: 1553297	CPF: 08
Data de Nascimento: 799.516.814-15	Data de Emissão: 07/12/1979
Nome do Titular: JOSE TORRES DA SILVA MARIA GORETE DA SILVA	
Assinatura: 	Assinatura: 
Data de Emissão: 20/02/2006	Data de Validade: 15/02/2000
Observações:	
Assinatura do Titular: 	
Local: JOAO PESSOA, PB	Data de Emissão: 20/02/2015
Assinatura do Titular: 	Data de Emissão: 25/02/2015 9803019278

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
26 DEZ. 2017
PROTOCOLO
DA G. JOAO PESSOA



Documentos de identificação



Dut

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO			
		QFS0397	
		DUT	
			
BATCENTER ACESS		Imprimir Consulta	
2017			
QFS0397			
PASSA / MOTOCICLET	GASOLINA		
HONDA/CG 160 START	2016 2016		
PARTICULAR PRETA			
28/09/2018			
JOAO PESSOA	09/04/2018		
Último Licenciamento: 2017			
Proprietário: BATCENTER ACESS			
Placa: QFS0397			
Combustível: GASOLINA			
Marca/Modelo: HONDA/CG 160 START			
Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET			
Ano de Fabricação: 2016			
Ano Modelo: 2016			
Categoria: PARTICULAR			
Cor Predominante: PRETA			
Vencimento Licenciamento: 28/09/2018			
Observação:			
Restrição:			
Financelra:			
Município: JOAO PESSOA			
Situação: EM CIRCULACAO			
Data da Consulta: 09/04/2018			

09 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

09/04/2018 09:21



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180008848 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDVALDO TOMAZ DA SILVA **Data do acidente:** 04/08/2017 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO + ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO LAUDO MÉDICO ATUAL DESCREVENDO DIAGNOSTICO, EVOLUÇÃO CLÍNICA-ORTOPÉDICA E TRATAMENTO REALIZADO. EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHA DE SALA COM DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E MATERIAIS UTILIZADOS, SUMÁRIO DE ALTA E EXAMES DE IMAGEM. INFORMAR TAMBÉM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR SE HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: KARLA SUELY MALHÃES DE SOUZA

CRM do médico: 52.52099-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Karla Souza



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Outros

des
PAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO



ASL-0493792/17
Vítima: EDVALDO TOMAZ DA SILVA
CPF: 798.516.814-15

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 04/08/2017
Titular do CPF: EDVALDO TOMAZ DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo
Outros

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.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 25/01/2018
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Data do cadastramento: 25/01/2018
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

JOSE EDUARDO DA SILVA

MARCELA DO CARMO DE LIMA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180008848 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDVALDO TOMAZ DA SILVA **Data do acidente:** 04/08/2017 **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO + ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO LAUDO MÉDICO ATUAL DESCREVENDO DIAGNOSTICO, EVOLUÇÃO CLÍNICA-ORTOPÉDICA E TRATAMENTO REALIZADO. EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHA DE SALA COM DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO E MATERIAIS UTILIZADOS, SUMÁRIO DE ALTA E EXAMES DE IMAGEM. INFORMAR TAMBÉM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR SE HÁ LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: KARLA SUELY MALHÃES DE SOUZA

CRM do médico: 52.52099-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Karla Souza



PROCURAÇÃO



OUTORGANTE:
Edvaldo Tomaz da Silva
 brasileiro(a), estado civil Casado profissão Instalador de bateria
 CI RG nº 155.3397
 CPF/MF nº 79851681415 residente e domiciliado(a) à Rua Cap. Uiruxino Carneiro da Cunha 130 A
 Cidade de Santa Rita Estado Paraíba
 CEP: 58300-970 telefone 83 98859.9783 / 83 98720.9499-3512-8500
 * 99342-1140 / 99105-5363

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, 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.

14 SET. 2017

João Pessoa, 14 de setembro de 2017.



Edvaldo Tomaz da Silva

OUTORGANTE

PROCURAÇÃO
 14 SET. 2017
 JOÃO PESSOA, 14 de setembro de 2017
 EDVALDO TOMAZ DA SILVA
 En test. da verdade, João Pessoa, 14/09/2017 14:53
 Carlos Antonio da S. Torres - Escrivão
 [2017-024922] 1001-194 19 23- PARÁBIA 01 07 FEB 2017
 Selo digital: 0941538-0018-517
 Confira a autenticidade em: http://sua.digital.jus.br





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SANTA RITA/PB

Processo n.º 08019957120188150331

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 subscorre, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EDVALDO TOMAZ DA SILVA**, 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 Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito.**

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPOSTO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços

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



na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SANTA RITA, 7 de julho de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

