



20/10/2020

Número: **0846195-37.2017.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/09/2017**

Valor da causa: **R\$ 8.437,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WILMAR MARTINS DE LISBOA (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35690791	20/10/2020 15:15	Petição	Petição
35690795	20/10/2020 15:15	2625133_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
35690796	20/10/2020 15:15	2625133_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2016

Carta nº: 9986819

A/C: WILMAR MARTINS DE LISBOA

Sinistro: 3160661500 ASL-1127765/16
Vitima: WILMAR MARTINS DE LISBOA
Data Acidente: 08/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01893/01894 - carta_01





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2016

Carta nº: 10103450

A/C: WILMAR MARTINS DE LISBOA

Sinistro: 3160661500 ASL-1127765/16
Vítima: WILMAR MARTINS DE LISBOA
Data Acidente: 08/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 16/11/2016 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 08/06/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na Sabemi Seguradora S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00065/00066 - carta_03

00130033



Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2017

Carta nº 11047051

a/c: WILMAR MARTINS DE LISBOA

Sinistro: 3160661500 ASL-1127765/16
Vitima: WILMAR MARTINS DE LISBOA
Data Acidente: 08/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01597/01598 - carta_16

00020799



Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2017

Carta nº: 11441212

A/C: WILMAR MARTINS DE LISBOA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170424148 ASL-0290839/17
Vítima: WILMAR MARTINS DE LISBOA
Data Acidente: 08/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00167/00168 - carta_01



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2017

Carta nº: 11456690

A/C: WILMAR MARTINS DE LISBOA

Sinistro: 3170424148 ASL-0290839/17
Vítima: WILMAR MARTINS DE LISBOA
Data Acidente: 08/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

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

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01607/01608 - carta_02



Rio de Janeiro, 22 de Agosto de 2017

Carta nº: 11520345

A/C: WILMAR MARTINS DE LISBOA

Sinistro: 3170424148 ASL-0290839/17
Vitima: WILMAR MARTINS DE LISBOA
Data Acidente: 08/06/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: **WILMAR MARTINS DE LISBOA**

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

Banco: **237**

Agência: **000000493-6**

Conta: **000000491199-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01529/01530 - carta_15R





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



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 ao banco.

Eu, Wilmar Martins de PinhoPORTADOR(A) DO RG Nº 3.542.036-0EXPEDIDO POR SSP/SEEM 24/04/2016CPF (091) 084038-56 / CNPJ _____PROFISSÃO Av. ProdutorRECEITA MENSAL DE R\$ Receita (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Wilmar Martins de Pinho

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 da profissão 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 aparecem 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 POUPOANÇA operação 013 da CEF 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 abertura de proposta de abertura de conta com documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site do CEF e a www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta bancária para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com xerox ou digitalização por scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão magnético com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 234 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0493-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0491899-4

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

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ 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 24 de Junho de 2016

LOCAL E DATA

Wilmar Martins de Pinho

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 11.945/2009) 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.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 15:15:04

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102015150388900000034089690>

Número do documento: 20102015150388900000034089690





Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO

Autorização de pagamento



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.

FU. Wilmar Martins de PinhoPORTADOR(A) DO RG Nº 35420360EXPEDIDO POR SSP/SEEM 22/11/16 ECPF 0910847134-56 /CNPJ _____PROFISSÃO Aux. Procurat.

E RENDA MENSAL DE R\$ Renda (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Wilmar Martins de Pinho, 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. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão 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 aparecem 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 CEF aberta em Unidade Lotéticas 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 verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 234 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0493-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0491189-4

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

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) 27 JUL 2017

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 Carlos Jr de Jesus
LOCAL E DATA

de 2014

Wilmar Martins de Pinho
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

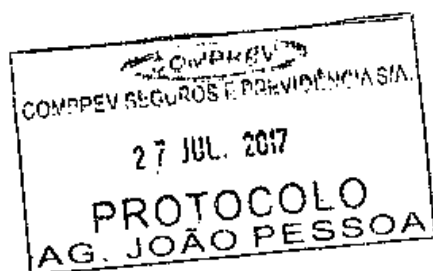
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) 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.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 15:15:04

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102015150388900000034089690>

Número do documento: 20102015150388900000034089690



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Policia Civil
Delegacia Geral Da Policia Civil
1ª Superintendência Regional De Policia Civil
Delegacia Especializada De Crimes Contra
Pessoa Da Capital



GOVERNO
DA PARAIBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00020.01.2016.1.00.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00020.01.2016.1.00.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 27 dias do mês de Julho de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Crimes Contra Pessoa Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO**, Agente De Investigação, às 09:14 horas, compareceu **WILMAR MARTINS DE LISBOA**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão AUXILIAR DE PRODUÇÃO, naturalidade [NÃO INFORMADO], data de nascimento 16 de Fevereiro de 1989, idade 27, filiação CECILIA MARTINS DE LISBOA e VITAL MARTINS DE LISBOA, Documento - CPF: 091.087.134-56, residente R. DO TRABALHO, S/N, Bairro das Indústrias, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (89) 98701-0809

DADO(S) DO(S) FATO(S)

Ocorrência 1:

Data/Hora do Fato: 08/06/16 15:00

Tipo do Local: VIA FORA DO PERÍMETRO URBANO (RODOVIA, ESTRADA, ETC)

Local do Fato: [NÃO INFORMADO], Indústrias, João Pessoa - PB

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, no dia 08/06/2016, por volta das 15:00 horas quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG 125 FAN KS, ano 2013/2014, de cor vermelha, placa - OGF0697/PB, Chassi: 9C2JC4110ER403050, Registrada em nome de WILMAR MARTINS DE LISBOA, Pela R. do trabalho - bairro das Indústrias- João Pessoa/pb, Quando o pneu traseiro de sua motocicleta estourou, Fazendo com que perdesse o controle de direção caindo ao solo, sofrendo TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO E 5º MTT ESQUERDO, Sendo conduzido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira, Nesta capital.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 27 de Julho de 2016

Wilmair Martins de Lisboa

WILMAR MARTINS DE LISBOA

Notificante

Rivaldo Marcos de Souza Melo

RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO

Agente De Investigação

Procedimento: 00020.01.2016.1.00.202





Secretaria da
Segurança e Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia CMI
Delegacia Geral de Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada De Crimes Contra
Pessoa Da Capital



**GOVERNO
DA PARAÍBA**



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00020.01.2016.1.00.202**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal da pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00020.01.2016.1.00.202, cujo fato agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 27 dias do mês de Julho de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Crimes Contra Pessoa Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil, Policial, FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO, comigo, RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO, Agente De Investigação, às 08:14 horas, compareceu WILMAR MARTINS DE LISBOA, nacionalidade BRASILEIRA, profissão AUXILIAR DE PRODUÇÃO, naturalidade [NÃO INFORMADO], data de nascimento 16 de Fevereiro de 1989, idade 27, filiação CECILIA MARTINS DE LISBOA e VITAL MARTINS DE LISBOA, Documento - CPF: 091.087.134-56, residente R. DO TRABALHO, S/N, Bairro das Indústrias, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (89) 98701-0809

DADO(S) DO(S) FATO(S)

Ocorrência 1:

Data/Hora do Fato: 08/06/16 15:00
Tipo do Local: VIA FORA DO PERIMETRO URBANO (RODOVIA, ESTRADA, ETC)
Local do Fato: [NÃO INFORMADO], Indústrias, João Pessoa - PB

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, no dia 08/06/2016, por volta das 15:00 horas quando conduzia a motocicleta de marca HONDA/CG 125 FAN KS, ano 2013/2014, de cor vermelha, placa - OGF0697/PB, Chassi: 9C2JC4110ER403850, Registrada em nome de WILMAR MARTINS DE LISBOA, Pela R. do trabalho - bairro das indústrias - João Pessoa/pb. Quando o pneu traseiro de sua motocicleta estourou, Fazendo com que perdesse o controle de direção caindo ao solo, sofrendo TRAUMA NO TORNZELO ESQUERDO E 5º MTT ESQUERDO, Sendo conduzido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira, Nesta capital.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expõe a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

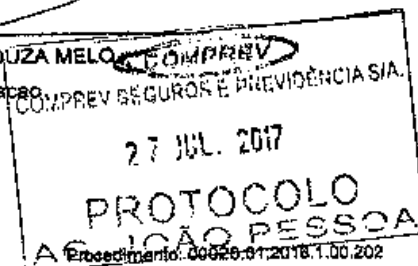
João Pessoa (PB) 27 de Julho de 2016

WILMAR MARTINS DE LISBOA
WILMAR MARTINS DE LISBOA

Notificante

RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO

Agente De Investigação





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, WILSON MARTINS DE LIMA, portador da carteira de identidade nº 3.542.036-0 e inscrito no CPF sob o nº 091.084.134-56 residente e domiciliado na Rua do Trabalho, S/N - Parcela Industrial, Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

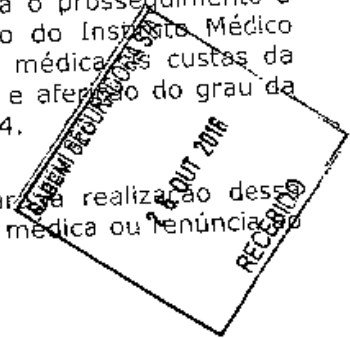
- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior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

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

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

Wilson Martins de Lima
Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 24 de Junho de 2016
Local e data





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Wilson Martins de Bispo, portador da carteira de identidade nº 35420360 e inscrito no CPF sob o nº 091.084.134-56 residente e domiciliado na rua do trabalho num. 514 Indústrias, Cidade João Pessoa Estado Paraíba, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

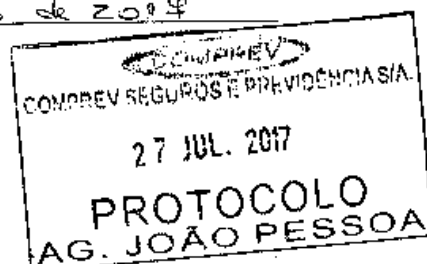
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Wilson Martins de Bispo

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

João Pessoa, 22 de julho de 2017

Local e data



ATO DECLARATORIO

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MALCABEIRA

R. M. FISCAL JOSE COSA DUARTE, S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2016.06.000656

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 35720360 Fone: 987010809

Natural: ITABAIANA/SE Data Nasc.: 16/02/1989 Id: 27 ano(s)

Epd.: RUA DO TRABALHO, SENSUS INVALIDO (706408113899286) RG (SE): CASA 3

Bairro: BAIRRO DAS INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai: VIGAL MARTINS DE LISBOA

Mae: CECILIA MARTINS DE LISBOA

Ocupação: AUXILIAR DE PRODUCAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: WILMAR MARTINS DE LISBOA

Tel/Doc. Responsavel: 987010809 / IDENTIDADE: 35720360

Precedencia: CASA

Transporte utilizado: PCTE VEIO EM VEICULO DE TECEIROS

Lugar de acidente: POR: CAIU DA MOTO EM CASA

Vitima de violencia por: CLARO MEDIO COMPLETO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd.: O2:

Queixa Principal:

CONDICOES DO PACIENTE A SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bom ☐ Grave

☐ Politraumatizado ☐ Convulsão

☐ Hemorragia ☐ Dispnéia

☐ Diarreia ☐ Agitação

☐ Regular ☐ Chocado

☐ Vômito

Observação:

Depois a moto caiu em cima

Historia Exame físico (hora do atendimento medico)

Paciente Relata dor em

Abd.

CD: 13/45 em T.N.F.

Diagnostico

Prescrição

Horario da medicacao

CD: 1/ TRA BOTA

1) AINE

Dr. ANDRÉ





Comprovação de ato declaratório



CERTIDÃO

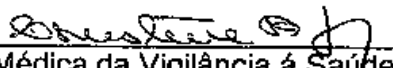
Nº. 0616/2017

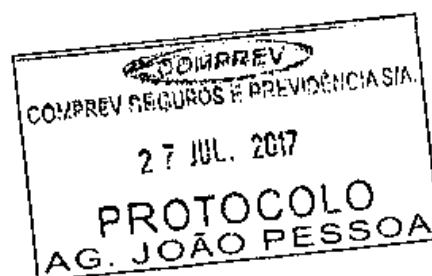
Atendendo solicitação de **WILMAR MARTINS DE LISBOA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 859094, pertencentes ao requerente que foi atendido dia 08/06/2016 às 15H35min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura em maléolo lateral e base do 5º metatarso esquerdo. Medicado e imobilizado.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 15 de maio de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 18/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILMAR MARTINS DE LISBOA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00493-6

CONTA: 000000491199-7

Nr. Autenticação

BRADESCO1808201705000000000023700493000000491199168750 PAGO



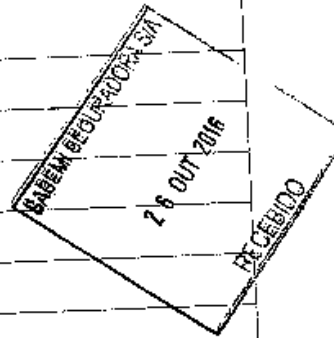
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, WILMAN MARTINS DE OLIVEIRA

RG nº 3.542.036-0, data de expedição 27/07/2010,
Órgão SSP/SE, CPF nº 091.084.134-56, 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
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua. dos Trabalhadores</u>
Número	<u>511</u>
Aptº / Complemento	<u>Casa 1</u>
Bairro	<u>Industrial</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58083-000</u>
Telefone de contato	<u>(83) 3512-6361 / 98432-6361</u>
E-mail	<u>Alexandra.sousa.martins@hotmail.com</u>



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa / 27/07/2018

WILMAN MARTINS DE OLIVEIRA

Assinatura do Declarante



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Policarpo Lima, 220 - Aguiar de João Pessoa - PB
CEP: 58.016-070 - CNPJ: 08.028.854/0001-07

PARA COMPARTILHAR COM A CAGEPA, INSERIR O NÚMERO DA MATRÍCULA
69277133
REFERÊNCIA
JUN/2016

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

MARIA DA PENHA S MONTEIRO
RUA DO TRABALHO S/N - CASA 1
INDUSTRIAS 58483-010
JOAO PESSOA

Inscrição	SMU	Quantidade de Economias	Responsável	
001.32.316.0003	0	1 0 0 0	69277133	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
0	31/12/1999	0	LIGADO	POTENCIAL

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m³) | MÊS DE DIAS | PRÓXIMA LEITURA
0 | 0 | 0 | 30 | 06/07/2016
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT. F. Q. B. L. D. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MG.

NÚMERO DE AMOSTRAS
PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
COR 77 122 122
COLIFORMES 0 0 0
CLORO 294 291 283
COLIFORMES 294 294 294
MÉDIA(M) 0 DADOS REFERENTES A: ADR/2016

DATA DA LEITURA: 09/06/2016 HORA DA LEITURA: 11:21:04

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VL ÁGUA	VL ESGOTO	TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m³	3m	32,78		R\$32,78
047-JUROS DE MORA				R\$0,11
050-ACRESCIMOS(MES(ES) ANT.				R\$0,65

SALEMI NEVES BATISTA DA
7 de JUL 2016
RECEBIDO





vivo



OTC RESOLVE PEUPA PILA
ALEXANDRA CESAR DUARTE
AV JORCOWACHADO 388
6L 01
58013-520 JOAO PESSOA - PB



50 13148650 77422 00000011812 30 030815

Data de Postagem: 09/08/2016



vivo Conexão como nenhuma outra.



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, WILSON MARTINS DE PINHO,

RG nº 35420360, data de expedição 22/11/16,
Órgão SSP/SE, CPF nº 092.084.134-56, 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
seguinte, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

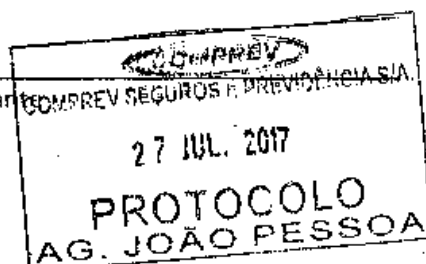
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>rua: do Trabalho num.</u>	
Número	<u>51N</u>	
Aptº / Complemento	<u>AP. 101</u>	Comprovante de residência
Bairro	<u>Indústrias</u>	
Cidade	<u>João Pessoa</u>	
Estado	<u>Paraíba</u>	
CEP	<u>58083-010</u>	
Telefone de contato	<u>83-99105-5363/99342-1170/3512-8500</u>	
E-mail	<u>alexandracasarduarte@hotmail.com</u>	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa / 05.12/07/2017.

Wilson Martins de Pinho

Assinatura do Declarante



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
RUA FORTALEZA, 220 - JARDIM JOÃO PESSOA - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 08.520.854/0001-67

PARAÍBA
INFORMAÇÕES GERAIS
MATRÍCULA
70317640
REFERÊNCIA
JUL/2017

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS

RICARDO LUIZ P DA SILVA
RUA DO TRABALHO NUM. S/N - AP101
INDUSTRIAS 58083-010
JOAO PESSOA

Inscrição	SM	Quantidade de Economias				Responsável
		Pratium	Servico	Jornal	BKto	
001.32.316.0046	0	1	0	0	0	70317640
Matrícula	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
VI2N035572	15/05/2012	4	LIGADO	LIGADO		

ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (m³)	NÚM. DE DIAS	PROXIMA LEITURA
464	472	8	33	09/08/2017
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT.		QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-HS		
JAN/2017	0	0	PARAMETROS EXIG.	ANÁLIS. CONFORMES
FEV/2017	7	0	COL.TERMOT	0
MAR/2017	6	0	COR	77 76
ABR/2017	0	0	TURBIDEZ	294 95 98
MAI/2017	0	0	COLOR	294 294 294
JUN/2017	0	0	COL.TOTAIS	294 294 294
MÉDIA(M)	8		DADOS REFERENTES A:MAI/2017	

DATA DA LEITURA: 11/07/2017	HORA DA LEITURA: 06:10:37
DESCRIÇÃO	CONSUMO VL. ÁGUA VL. ESGOTO TOTAL(R\$)
RESIDENCIAL CONSUMO ATÉ 10m³	10 36,84 29,47 R\$66,31
D47-JUROS DE HORA	R\$0,25
USO-ACRESCIMOS MES(CES) ANT.	R\$1,34

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS, R\$6,15 PIS E COFINS, LEI 12.741/12

VENCIMENTO:	Total a Pagar:
12/07/2017	R\$67,90

V. 16.11 R. 1.0	
	
CONDICAO DE LEITURA: REALIZADA	TIPO DE TARIFA: NORMAL
CONDICAO DO FATURAMENTO: REAL	
POSICAO DE DEP. ANTERIOR(ES)	
NÃO EXISTE(M) CONTA(S) ANTER. EM DÉBITO.	
INFORMAÇÕES GERAIS:	
ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO	
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR	

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
27 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70317640	JUL/2017	12/07/2017	R\$67,90

CAGEPA - COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA - CNPJ 08.520.854/0001-67



00000000000000000000000000000000

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
27 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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.

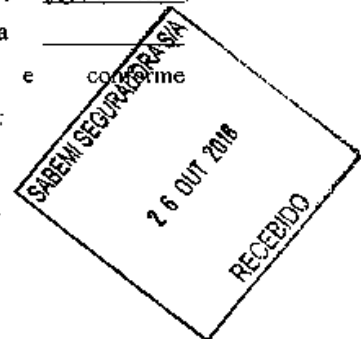
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

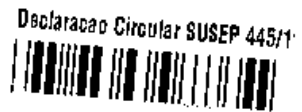
Pelo exposto, eu ALEXANDRA CESAR DUARTE, portador(a) do RG nº 2627718, expedido por SSP/PB, em 08 / 06 / 1999, CPF/CNPJ nº 046502754-74, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) WILMAN MARTINS DE RIBEIRO do sinistro de DPVAT da natureza da vítima WILMAN MARTINS DE RIBEIRO, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: _____ Renda Mensal: R\$ _____

Documentos comprobatórios: _____

Alexandra Cesar Duarte
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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 de todas as 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 e documentos requisitados 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.

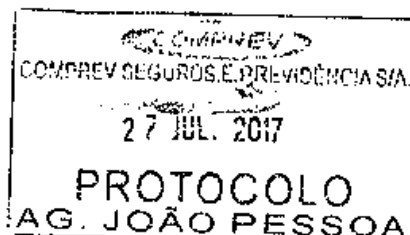
¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.
² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRA CESAR DUARTE, portador(a) do RG nº 2627718, expedido por SSP/PB, em 08 / 06 / 1999, CPF/CNPJ nº 046502754-74, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Wilmara Mantem de Rêbor do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez da vítima Wilmara Mantem de Rêbor, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Advogada Renda Mensal: R\$ Recusou

Documentos comprobatórios: Recusou

Alexandra Cesar Duarte
ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Contratante de serviços

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-26

Ficha. Nr: 859094 Atid: Nao Regulado
Data: 08/08/2020
Hora: 15:35:13
Recepcionista: CRISTIANE DE FRANCA PLO
Clinica: TRAUMATOLOGICA

NOME DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2016.06.000656

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 35720360 Fone: 987010809

Natural: ITABAIANA/SE Data Nasc.: 16/02/1989 Id: 27 ano(s)

End.: RUA DO TRABALHO, SENSUS INVALIDO(706408113899286) RG (SE) CASA 3

Bairro: BAIRRO DAS INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai: VIDAL MARTINS DE LISBOA

Mae: CECILIA MARTINS DE LISBOA

Ocupação: AUXILIAR DE PRODUÇÃO

INFORMACOES DE ENTRADA

resp.: WILMAR MARTINS DE LISBOA

Tel/Doc. Responsavel: 987010809 / IDENTIDADE: 35720360

Procedencia: CASA

Transporte utilizado: PCTE VEIO EM VEICULO DE TECEIROS VITIMA DE QUEDA

Causa do acidente por: QUAQUILHO PROX. A SUA CASA ACIDENTE EM 08/08/2020

Vitima de violencia por: CLARO MEDIO COMPLETO

[] Caso Policial

PRF-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

PC: TP:

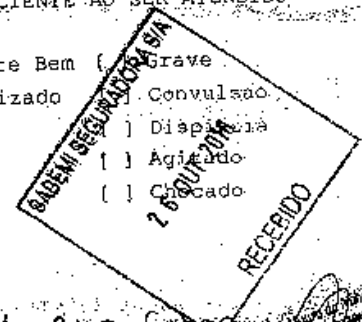
Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2s:

Queixa Principal

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsão
[] Hemorragia [] Displasia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vômito
Observação



LESIONES NO B-TN1 (E) após a moto cair em cima

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente Relata dor em T7 E E V6 E

Após queda de moto

ET - GDEMIA +3/4 em T7 E

- DOR A PARADO em INTERCOSTAL E

BASE DO B-TN1 E

PX - FX em T7 E

Prescrição 1 Horário da medicação

CD: 1/ TARA BOTA

2/ AINE

Dr. ANTONIO

Dr. Leonardo Ione
Médico
CRM: 10

FATURADO

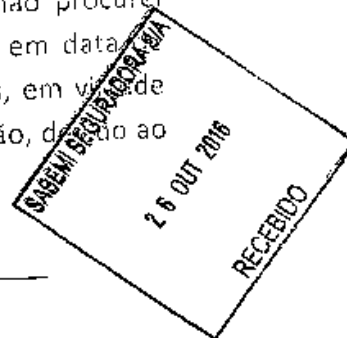


RATIFICAÇÃO DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
E DO ATENDIMENTO MÉDICO HOSPITALAR

Nome Wilton Martin de Sousa
Endereço Rua José Trubalpo, S/N - Casa 1 - Indaial - SC
RG 3.542.036-0 CPF 091.084.134-56

Declaro para fins de comprovação junto à Seguradora Líder, a veracidade da ocorrência do acidente de trânsito, ocorrido na data de ____/____/____ tendo minha participação como vítima, conforme Boletim de Ocorrência Policial.

Declaro também, que apesar das lesões sofridas, não procurei atendimento médico imediato, somente vindo a fazê-lo em data ____/____/____ por conta própria, auxiliado por familiares, em virtude de constantes dores e da minha dificuldade de movimentação, devido ao acidente, tendo sido atendido no serviço médico abaixo:



nome da instituição hospitalar ou de atendimento

João Pessoa, 24 de Setembro de 2.016.

Wilton Martin de Sousa
(assinatura da vítima/beneficiário)



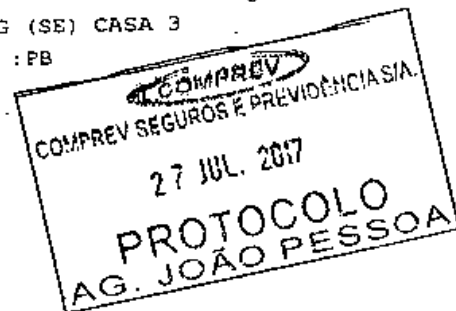
PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
44256-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 859094 Atcd: Nao Requerido
Data: 08/06/2016
Hora: 15:35:43
Recepcionista: CRISTIANE DE FRANCA FLC
Clinica: TRAUMATOLOGICA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2016.06.000656

NOME: WILMAR MARTINS DE LISBOA
SEXO: M IDENTIDADE: 35720360 Fone: 987010809
Natural: ITABAIANA/SE Data Nasc.: 16/02/1989 Id: 27 ano(s)
End.: RUA DO TRABALHO, S/SUS INVALIDO(706408113899286) RG (SE) CASA 3
Bairro: BAIRRO DAS INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Pai: VIDAL MARTINS DE LISBOA
Mae: CECILIA MARTINS DE LISBOA
Ocupação: AUXILIAR DE PRODUCAO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: WILMAR MARTINS DE LISBOA
Tel/Doc. Responsavel: 987010809 / IDENTIDADE: 35720360
Procedencia: CASA



Veículo utilizado: PCTE VEIO EM VEICULO DE TECEIROS VITIMA DE QUEDA
Data do acidente por: DE MOTO PROX-A SUA CASA AS 17:40 EM 07-06-16 M
Vitima de violência por: CLARO MEDIO COMPLETO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispnéia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular
[] Vômito
Observacao

Documentacao medica - hospita



Queixa Principal

Queda no TNZ (E) após a moto cair em cima

Carimbo: Centro de Referência em Traumatologia e Ortopedia - CRM - PB

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

PACIENTE RELATA DOR EM TNZ E E PE E
APÓS QUEDA DE MOTO

Diagnostico

EF: EDEMA +3/4+ em TNZ E

- DOR A PALPAÇÃO EM MARGOLIZATUM E
BASE DO 5º METE
RX: FX em TNZ E

Prescrição

Horario da medicacao

CD: 1/ TARA BOTA
2/ AINE

FATURADO

Dr. Leonardo Torm
CRM - PB



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Suelio Moreira de Sousa

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980.
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 859094 Atcd: Nao Regula
Data: 08/06/2016
Hora: 15:35:43
Recepcionista: CRISTIANE DE FRANCA F
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: WILMAR MARTINS DE LISBOA

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 35720360 Fone: 987010809

Natural: ITABAIANA/SE Data Nasc.: 16/02/1989 Id: 27 ano(s)

End.: RUA DO TRABALHO, SNSUS INVALIDO (706408113899286)

Bairro: BAIRRO DAS INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA

Pai: VIDAL MARTINS DE LISBOA

Mae: CECILIA MARTINS DE LISBOA

Ocupação: AUXILIAR DE PRODUCAO

INFORMACOES DE ENTRADA

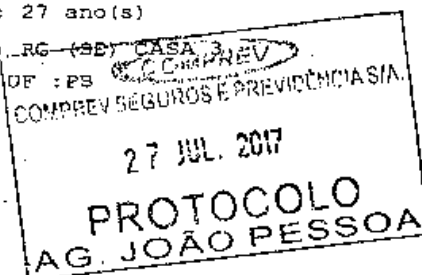
Resp.: WILMAR MARTINS DE LISBOA

Tel/Doc. Responsavel: 987010809 / IDENTIDADE: 35720360

Procedencia: CASA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2016.06.000656



Transporte utilizado: PCTE VEIO EM VEICULO DE TECEIROS VITIMA DE QUEDA

Vitima de acidente por: DE MOTO PROX A SUA CASA AS 17:40 EM 07-06-16 M

Vitima de violência por: CLARO MEDIO COMPLETO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

PC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Queixa Principal

Trauma no TNZ (E) após a moto cair em cima

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

PACIENTE RELATA DOR EM TNZ E E PE E
APÓS QUEDA DE MOTO

EF: GEDUA +3/4+ em TNZ E

Diagnostico

- DOR A PALPACAO EM MARGEM LATERAL E
BASE DO 5º MTT E
AX: FX em TNZ E

Prescriçao

| Horario da medicacao

CD: 1/ TARA BOTA
2/ AINE

FATURADO

Dr. ANDRILIA

Dr. Leonardo Torre
Médico
CRM - RJ



Data e Hora [] PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde:	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

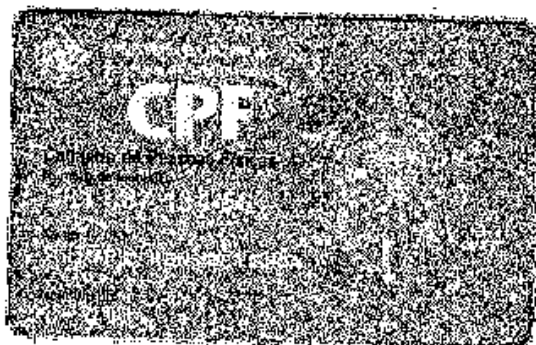
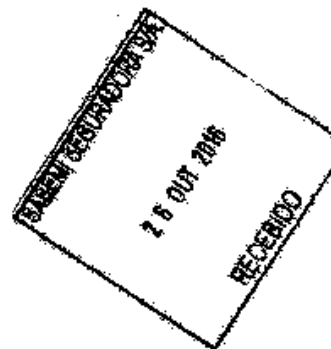
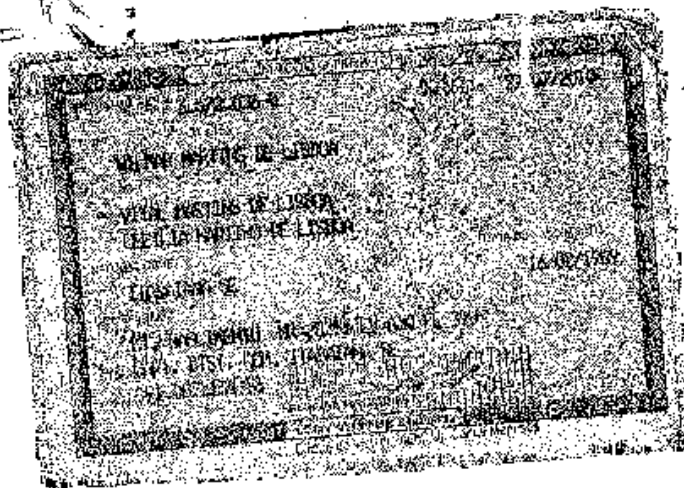
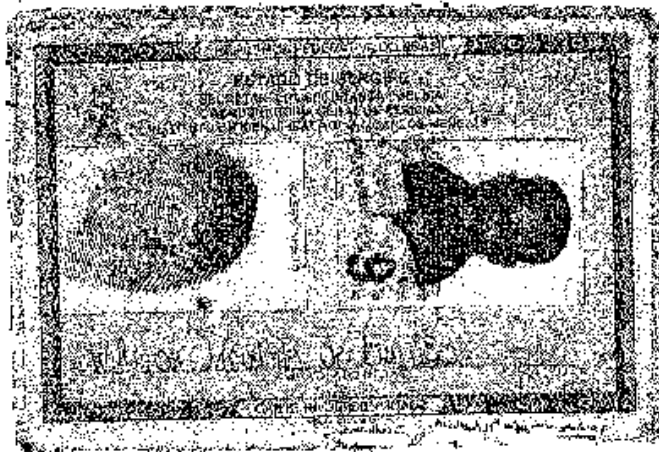
[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta e pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Wilton Martins de Sousa

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico







Documentos de identificação



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

NOME
WILSON MARTINS DE LISBOA

DOC. IDENTIFIC. / OBSERVAÇÃO DE
35720360 8.62 08

CPF
091.087.134-56 DATA NASCIMENTO
16/02/1989

RELAÇÃO
VITAL MARTINS DE
LISBOA
CECILIA MARTINS DE
LISBOA

PERMISSÃO
ACB
ACB
ACB

Nº REGISTRO
05092475247

VALIDADEZ
22/11/2021

1ª HABILITAÇÃO
22/11/2010

OBSERVAÇÃO

Assinatura do Portador

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

DATA EXCESSO
22/11/2016

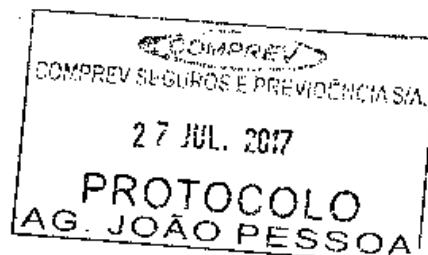
Assinatura do Portador

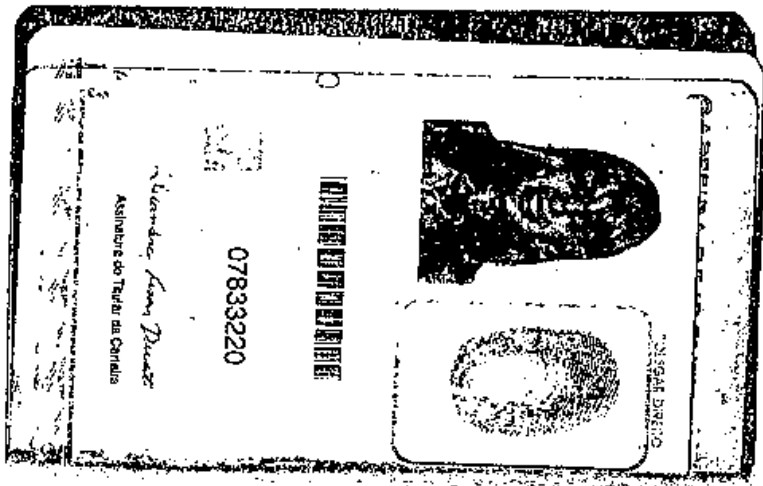
51100341441
PB033451605

402 - OFFICIAL 20 (PROVA)

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1404166978

PROVEDOR PLASTIFICAR
1404166978





Documentos de identificação

Antônio Carlos

ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL
Conselho Seccional
da Paraíba

Nome: ALEXANDRE CESAR DUARTE
Matrícula: 14428
Nome: ALEXANDRE CESAR DUARTE
Estado: ALEXANDRE DE ASSIS DUARTE e MARCELA CESAR DUARTE

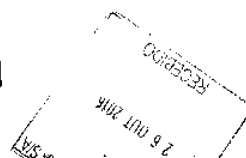
Endereço: R. DE JANEIRO, 100
Cidade: BOA VISTA
Estado: PARAIBA
Cep: 51020-000
Data de Registro: 17/12/2005
Data de Expiração: 18/12/2006

Data de Registro: 30/01/2007
Data de Expiração: 18/12/2006

Jose Mano
JOSE MANO PORTO JACOB
PRESIDENTE

COMPREV
27 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA







Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 15:15:04

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102015150388900000034089690

Número do documento: 20102015150388900000034089690

Num. 35690795 - Pág. 37

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETTRAN - PB Nº 012711219005	
A CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
C R E	
VIA	
CÓD. RENAVAM 001600009799	
EXERCÍCIO 2016	
I 0059441732-1 00700000000 2016	
NOME	
WILMAR MARTINS DE LESBOA	
CPF/CNPJ	
09108713456	
OGF0697/PB	
PLACA ANT/LUF	
NOVO	
CHASSI	
PB 9C2JC4110CR403050	
COMBUSTÍVEL	
DAS/MOTOCICLETAS/VEÍCULOS	
GASOLINA	
MARCA/MODELO	
HONDA/CG 125 FAN KS	
ANO FAB. 2013	
ANO MOD. 2014	
COR PREDOMINANTE	
VERMELHA	
CAP/POT/CIL	
2 P/124 /C1	
CATEGORIA	
PARTIC	
COTA ÚNICA	
VENC. COTA ÚNICA	
1º	
IPVA PAGO EM 08/09/2016	
FAIXA IPVA	
PARCELAMENTO / COTAS	
2º	
3º	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	
KOF (R\$)	
PRÊMIO TOTAL (R\$)	
DATA DE PAGAMENTO	
02/09/2016	
P A G O	
OBSERVAÇÕES	
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA	
BOA VISPA - PBA	
DATA	
08/09/2016	
33375	
894150	

27 JUL. 2017

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT	
PB Nº 012711219005 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
2016	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT.	
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO 997/PB	
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA	
www.seguradoralider.com.br	
SAC DPVAT 0800 022 1204	
EXERCÍCIO DATA EMISSÃO	
2016 08/09/2016	
PLACA	
OGF0697/PB	
CPF/CNPJ	
09108713456	
MARCA/MODELO	
HONDA/CG 125 FAN KS	
ANO FAB. 2013	
ANO MOD. 2014	
CORP/CHASSI	
9C2JC4110CR403050	
PRÊMIO TARIFÁRIO	
DENATRAM (R\$)	
CUSTO DO SEGURO (R\$)	

TOTALIZANDO O SEGURO P A G O	
DATA DE OUTAÇÃO	
02/09/2016	
COTA ÚNICA	
PARCELADO	
PAGAMENTO	
SEGURO	
KOF (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	

CNPJ 08.248.668/0001-04	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT	
CNPJ 08.248.668/0001-04	
894150-1525489-20160908	

DUT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **WILMAR MARTINS DE LISBOA** Sinistro: **3170424148** Data: **08/06/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua do Trabalho, S/N, AP 101 - Indústrias - João Pessoa - PB - CEP 58083-010**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **35720360**

Data local do exame: [**16/08/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura de tornozelo esquerdo e base do 5º metatarso. Paciente sofreu acidente motociclístico em 08/06/2016, evidenciou-se uma fratura de tornozelo esquerdo e base do 5º metatarso após avaliação clínica e radiografias. Submetido tratamento conservador de fratura de tornozelo esquerdo e base do 5º metatarso (gesso bota) por cerva de 90 dias sic. Nega fisioterapia, evolui com limitação de movimento e dor residual local.

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

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
paciente submetido a tratamento conservador de fratura de tornozelo esquerdo (bota gessada), cerca de 90 dias sic, não fez fisioterapia. refere dor e diminuição de movimento tornozelo.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

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

limitação de dorsiflexão do tornozelo esquerdo 0-20º, flexão plantar 0-20º, inversão e eversão 0-20º. Edema residual local e refere dor. Claudicação leve.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Douglas Michalane Pires Teixeira - CRM: 5336 - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 15:15:04

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102015150388900000034089690

Número do documento: 20102015150388900000034089690

Num. 35690795 - Pág. 38

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160661500 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILMAR MARTINS DE LISBOA **Data do acidente:** 08/06/2016 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: Lesão em tornozelo esquerdo

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares: Encaminhar relatório médico hospitalar descrevendo a evolução das lesões, os tratamentos realizados e seus resultados.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: RAFAEL OLIVEIRA SANTOS

CRM do médico: 52.90638-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170424148 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILMAR MARTINS DE LISBOA **Data do acidente:** 08/06/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO E TRAUMA EM PÉ ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

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

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170424148 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILMAR MARTINS DE LISBOA **Data do acidente:** 08/06/2016 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de tornozelo esquerdo e base do 5º metatarso

Descrição do exame médico pericial: Limitação de dorsiflexão do tornozelo esquerdo 0-20º, flexão plantar 0-20º, inversão e eversão 0-20º. Edema residual local e refere dor. Claudicação leve.

Resultados terapêuticos: Paciente sofreu acidente motociclístico em 08/06/2016, evidenciou-se uma fratura de tornozelo esquerdo e base do 5º metatarso após avaliação clínica e radiografias. Submetido tratamento conservador de fratura de tornozelo esquerdo e base do 5º metatarso (gesso bota) por cerca de 90 dias sic. Nega fisioterapia, evolui com limitação de movimento e dor residual local.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/08/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do tornozelo devido à limitação da flexo-extensão articular (20 e 20 graus).
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Douglas Michalane Pires Teixeira

CRM do médico: 5336

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

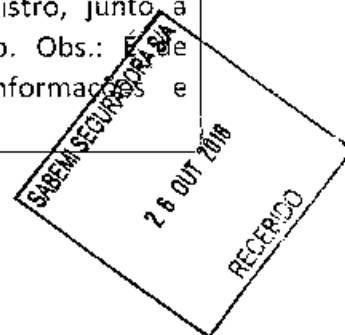


OUTORGANTE:

Wilmar Martins de Sousa
 brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
Adv. de Produção, CI RG nº 3.542.036-D SSP/PB
 CPF/MF nº 091.084.134-56, residente e domiciliado(a) à Rua
DO TRABALHADOR, S/N, Casa 1 - Indutrial
 Cidade de João Pessoa Estado
Paraíba, CEP: 58083-000, telefone
8335126361 83987326361

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. João Machado,
 399, centro, 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 24 de Julho de 20 16

CARTÓRIO


 VIEIRA BATISTA

OUTORGAN:

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISCRETO
 Ser. Notário Wilmar Batista - Tabelão 1 2º Of. Notariado Wilmar Batista - João Pessoa - PB
 Reconheço, como autêntica e verdadeira, a assinatura de
 ALEXANDRA MARTINS DE LISBOA
 Em testada verdade, João Pessoa 24 de Julho de 2016
 Joselio Alves Batista - ESCRIVÃO PÚBLICO
 [2016-033270] EPIB: R\$ 88,49 FRAQUELA: 0,25 FRAQUELA: 1,70 ISS: R\$ 0,42
 SELB DIGITAL: A0539232-70BJ
 Imprima e Assine em todos os pontos de autenticação, sob pena de nulidade.



PROCURAÇÃO

Procuração



OUTORGANTE:

W. R. Martins de Lisboa
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão
Adv. de Produção, CI RG nº 3.542.036-040150
CPF/MF nº 091.088.134-56, residente e domiciliado(a) à Rua
20 Trabalhadores, S/N, Casa 1 - Industrial
Cidade de João Pessoa, Estado
Paraíba, CEP: 58083-010, telefone
(83) 3517-8500, 99105-5363/9342-9170

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. João Machado,
399, centro, 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, 24 de Julho de 2016

CARTÓRIO

W. R. Martins de Lisboa

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

27 JUL. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

OUTORGANTE

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DIST. DE JOÃO PESSOA
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a assinatura de
WILMAR MARTINS DE LISBOA, inscrita no CPF nº 091.088.134-56, residente e domiciliado na Rua 20 Trabalhadores, S/N, Casa 1 - Industrial, João Pessoa, Paraíba.
Es test. da verdade, João Pessoa, 24 de Julho de 2016.
Joselino Alves Batista - ESCRITURÁRIO AUTORIZADO
CPF nº 095.900.159-15, RG nº 49.482.999, SSP/PB nº 025.482.999, RG nº 49.482.999





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08461953720178152001

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 **WILMAR MARTINS DE LISBOA**, 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:

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

Houve o pagamento administrativo no valor de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)

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.

Cumprе ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 16 de outubro 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 - 20/10/2020 15:15:06
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102015150530400000034089691>
Número do documento: 20102015150530400000034089691

Num. 35690796 - Pág. 2