



28/10/2020

Número: **0834794-75.2016.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **14/07/2016**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
PEDRO ANTONIO DA SILVA (AUTOR)		Hallison Gondim de Oliveira Nóbrega (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36010579	28/10/2020 10:51	Petição	Petição
36010582	28/10/2020 10:51	2627942_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
36010583	28/10/2020 10:51	2627942_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2016

Carta nº: 10106397

A/C: PEDRO ANTONIO DA SILVA

Sinistro: 3160705004 ASL-1162060/16
Vitima: PEDRO ANTONIO DA SILVA
Data Acidente: 06/12/2015
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 COMPREV SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01875/01876 - carta_01





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 01 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10114051

A/C: PEDRO ANTONIO DA SILVA

Sinistro: 3160705004 ASL-1162060/16

Vítima: PEDRO ANTONIO DA SILVA

Data Acidente: 06/12/2015

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

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.dpvatsegurodotransito.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. 01025/01026 - carta_02

00050513





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10267146

A/C: PEDRO ANTONIO DA SILVA

Sinistro: 3160705004 ASL-1162060/16
Vítima: PEDRO ANTONIO DA SILVA
Data Acidente: 06/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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.dpvatsegurodotransito.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. 01277/01278 - carta_02

00080639



Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10428113

A/C: PEDRO ANTONIO DA SILVA

Sinistro: 3160705004 ASL-1162060/16
Vitima: PEDRO ANTONIO DA SILVA
Data Acidente: 06/12/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que face a irregularidade constatada em auditoria realizada, o sinistro acima não será indenizado.

A documentação original permanece em nosso poder para as providências cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01099/01100 - carta_13



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

DOCUMENTO 1 "T1%"



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, Padre Antônio da Silva,

PORTADOR(A) DO RG Nº 0943.3868-9 EXPEDIDO POR SSP - PB EM 14 / 09 / 20 E

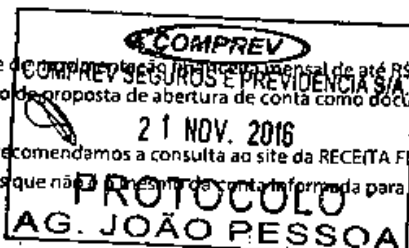
CPF 798248544-87 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO Religioso

E RENDA MENSAL DE R\$ Religioso (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Padre Antônio 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 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 Lotéricas com limite de complementação mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação da 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 _____ 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) 4035 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 13968-9

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.

Beliom, 04 de novembro de 2016

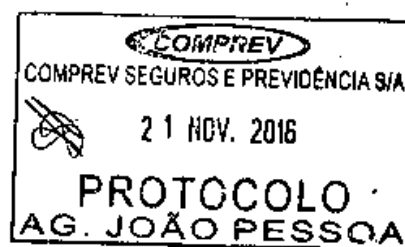
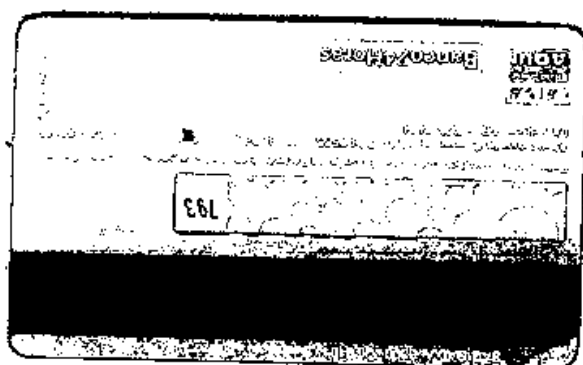
LOCAL E DATA

Paula M. G. M. A. S.
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.







BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 004/2016
Ocorrência nº. 533/2016

Aos VINTE E NOVE dias de OUTUBRO de DOIS MIL E DEZESSEIS, nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **SEVERINO GOMES DE ASSIS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevê(o) do seu cargo, aí, por volta 08h:45min, **compareceu a PESSOA a seguir qualificada:**

JOSÉ ESPEDITO DA COSTA, conhecido(a) por JOSÉ, Identidade nº 2414781-SSS/PB, CPF nº 023.217.974-83, nacionalidade brasileira, estado civil: casado religiosamente, profissão: agricultor, filho(a) de Arcanjo Marques Da Costa E Mãe Não Declarada, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 10/04/1978 (38 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Estacada Zona Rural, tendo como ponto de referência: , na cidade de CURRAL DE CIMA, fone(s) para contato: (083)996850185.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 06 de 12 de 2015;
- 3) **Horário do fato:** 14h:30min;
- 4) **Local do fato:** ESTRADA DE BARRO ZONA RURAL DE CURRAL DE CIMA/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** UNIDADE DE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS) E TRANSFERIDO POR UMA AMBULÂNCIA DE CIDADE DE CURRAL DE CIMA/PB PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** SIM;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(ela) habilitado?** SIM;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com sua obrigações tributárias?** SIM
- 6) **Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:**

MOTO HONDA CG 150 TITAN KS, COR VERMELHA, ANO E MODELO 2006/2007, PLACA MOH-4538/PB, LICENCIADA NO DETRAN/PB EM NOME DE JOSÉ ESPEDITO DA COSTA.

7) Testemunha(s) do fato/acidente:

JOSIMAR GABRIEL DA SILVA, RESIDENTE NO SÍTIO ESTACADA ZONA RURAL DE CURRAL DE CIMA/PB E SEVERINO PEDRO DOS SANTOS, RESIDENTE NO SÍTIO ESTACADA ZONA RURAL DE CURRAL DE CIMA/PB.

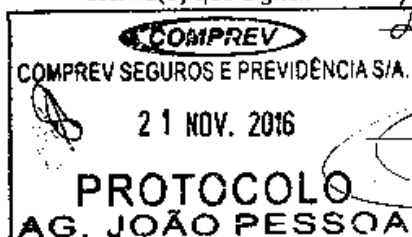
8) Breve resumo do fato:

QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA REFERIDO, QUANDO CONDUZIA O VEÍCULO ACIMA MENCIONADO TRAZENDO NO CARONA A PESSOA DE PEDRO ANTONIO DA SILVA, BRASILEIRO, NATURAL DE CUITÉ DE MAMANGUAPE/PB, UNIÃO ESTAVEL, APOSENTADO, COM 63 ANOS DE IDADE, NASCIDO EM 04/10/1952, PORTADOR DA RG 09473868-9/SSP/RJ, CPF 798.248.544-87, FILHO DE ANTONIO ABEL DA SILVA E DE SEVERINA MARIA DO CARMO, RESIDENTE NO SÍTIO ESTACADA ZONA RURAL DE CURRAL DE CIMA/PB, QUANDO COLIDIU COM UM CACHORRO, PERDEU O CONTROLE E VEIO A CAIR SOBRE O SOLO, TENDO O CARONA SIDO SOCORRIDO PARA A UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS) E TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB PERMANECENDO INTERNADO POR UM PERÍODO DE UM MÊS E SETE DIAS, SE SUBMETENDO A CIRURGIA.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

NÃO TEM

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevê(o) que digitei.



José Espedito da Costa
JOSE ESPEDITO DA COSTA
Comunicante
[Assinatura]
Escrivão(a)/Agente Matrícula nº 70.515-2

DOCUMENTO 1 "T196"





ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CURRAL DE CIMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

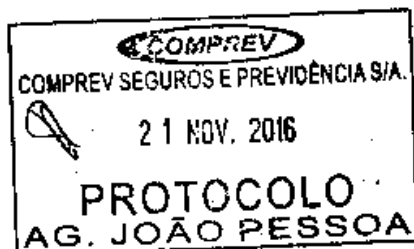
Declaro para os devidos fins, que o Sr. Pedro Antônio da Silva, de 63 anos, foi socorrido pela Equipe de Saúde do nosso Município, vítima de acidente de queda de Moto, no Sítio Campinas – Curral de Cima/PB, às 14:40 do dia: 06/12/2015 Realizado atendimento Pré-Hospitalar e encaminhado de ambulância para o Hospital Ortotrauma em João Pessoa – PB.

Curral de Cima, 28 de Dezembro de 2015.

Iraci Abreu
Iraci Abreu
Sec. Saúde
CNS 700108992766819

IRACI MARIA DE ABREU
(Secretaria Municipal de Saúde)

Maria Aparecida Inocência de A. Gabínio
MARIA APARECIDA INOCÊNCIA DE A. GABÍNIO
(Coordenadora de Enfermagem)



Maria Aparecida Inocência de A. Gabínio
Maria Aparecida Inocência de A. Gabínio
Enfermeira
COBEN-PB 55583

Rua Josefa Eugenia, S/N Centro – Curral de Cima – PB/CEP: 58291-000 – CNPJ: 01612372/0001-31





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Pedro Antônio da Silva, portador da carteira de identidade nº 0944.3868-9 e inscrito no CPF/MF sob o nº 598.248.544-87, residente e domiciliado na Rua Botacada, Cidade Quixadá, do Ceará, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

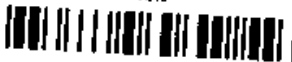
Pedro Antônio da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Belém, 04 de novembro de 2016

Local e data





Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Curitiba
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Provedora de Serviços

Nome:	Unidade Básica de Saúde Ângelo Balles		
Cód. da Unidade:	2589281	CNPJ:	01.612.372/0001-31
Endereço:	Rua Josefa Eugênia	Barrio:	Centro
Cód. do IBGE:		CEP:	58.291-000
Nº de ordem:	1º	Data:	21/12/2015
		Hora:	14:40

PACIENTE

Nome:	Suelio Moreira da Silva	Idade:	63	Sexo:	M
Endereço:	5150 Campinares	Barrio:	Zone Rural	CEP:	
Município:	Curumel de Lameira - PB	Cartão SUS:			
Data de Nascimento:	04/10/52	RG:	094738689	CPF:	604305561516395

TIPO DE AGRAVO

☒ Trauma ☐ Clínico ☐ Ginecológico ☐ Obstétrico ☐ Outro

tipo: lesão de corte

ANTECEDENTES

Patologia	Medicamentos	Vacinas

Última Alimentação

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
21 NOV. 2015
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dados vitais

VIAVA:	☒ Livre ☐ Ostracida	Resposta: 1200
Peso:	90 kg	Temperatura:
		36°C
Glucose:		PA:
		140 x 90
		FC:
		80 bpm

EXAMES FÍSICOS

☐ Pele Úmida ☐ Pele Fria ☒ Palido ☐ Cianótico ☐ Ictérico ☐ Sudoreico
☐ Dispneia ☐ Taquipnéia

TIPOS DE TRAUMAS

☐ TCE ☐ TTM ☒ Fratura ☐ Contusão ☐ Entorse ☐ Luxação ☐ FAF ☐ FAF
☐ Atroamento ☐ Queimadura ☐ Queda de própria altura ☐ Queda altura mts

PUPILAS

☒ Isotópicos ☐ Anisocópicos ☐ Miotico ☐ Midriase ☐ Hematêmese ☐ Hemoptise
--

Antecedentes: Alcoolismo, tabagismo, hipertensão, diabetes, HTO, lesões articulares de quadril, fratura de mão H.D. com curativo de gesso, fratura de

Diagnóstico: Suspeita de fratura HTE

Medicação Administrada: Atropina 1mg de HTE

Medico(a) responsável: Enfermeira

Enfermeira: Yvone Aparecida Teixeira - 55583

Técnico(a) de Enfermagem: Yvone Aparecida Teixeira - 55583

Supervisor de Enfermagem: Yvone Aparecida Teixeira - 55583

Visão: Normal

Carimbo/Assinatura: Yvone Aparecida Teixeira - 55583

Assinatura: Yvone Aparecida Teixeira - 55583

Assinatura: Yvone Aparecida Teixeira - 55583

Assinatura: Yvone Aparecida Teixeira - 55583

Assinatura: Yvone Aparecida Teixeira - 55583

Assinatura: Yvone Aparecida Teixeira - 55583

Assinatura: Yvone Aparecida Teixeira - 55583

Assinatura: Yvone Aparecida Teixeira - 55583

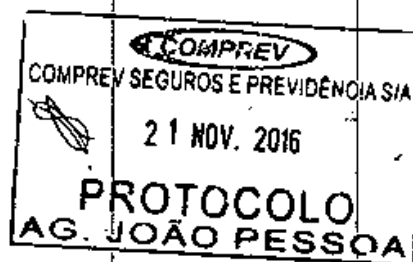


Estado da Paraíba
Prefeitura Municipal de Curral de Cima
Secretaria Municipal de Saúde



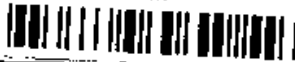
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA	HORA	NOME DO PACIENTE	Nº DO REGISTRO	ASSINATL. CAR COREN
06/12/2015	14:40	Edmar Antonio de Silva Paciente vítima de Acidente de Moto, consciente, orientado com transporte de Furgueta na UBE Verificado - SSN, Imobilizado UBE e encaminhado para o Hospital de Trauma.	01	 M. Aparecida Inocêncio de A. Góes Enfermeira COREN-PB 55583



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

DOCUMENTO 2 *T2%*



EU, Pe. Antonio da Silva

RG nº 0944 3868 - 9, data de expedição 14 / 09 / 90, Órgão SSP - PB,

CPF nº 392.248.544 - 87, 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:

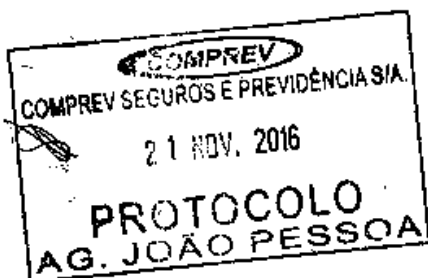
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Ortacada</u>
Número	<u>n/n</u>
Apto / Complemento	<u>casa</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Cuxal de Lima</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58291-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99807-1444</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

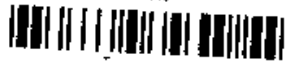
Local e Data: Belém, 04 de novembro de 2016.

Assinatura do Declarante:

Pe. Antonio da Silva



Número do documento: 20102810515095200000034388697

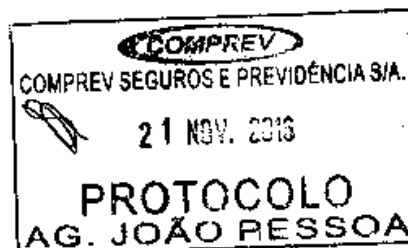


DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Maria Lucia da SilvaRG nº 1.034.406, data de expedição 24 / 11 / 83, Órgão SSP - PB,CPF nº 396.823.234-87, 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>Sítio Entocada</u>
Número	<u>10/n</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Zona Rural</u>
Cidade	<u>Curral de cima</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58291-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 99807-1444</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Belém, 04 de novembro de 2016.Assinatura do Declarante: Maria Lucia da Silva

JOSE ENRIQUE DA SILVA
LOC ESCOTARIA, S/N - AREA RURAL
CURRAL DE CIMA / PB CEP: 58281-000 (45°14)

Classificação: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-230, 5x25 - Onix Redondo - Jato Prata / PB CEP: 58281-000
Referência: Out/2016 Emissão: 18/10/2016
CPF: 08.006.182/0001-43 Ins. Est. 16.015.223-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica FIC 189
Código para DFT de Atendimento: 80002078200

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

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora) 5/287380-0**
Canal de contato

Out/2016

Apresentação

18/10/2016

Data prevista da
próxima leitura

18/11/2016

CPF/CNPJ/RANI

Insc. Est.: 000000000000

Faturas em atraso

Data	Letra	Data	Letra
20/09/16	12345	15/10/16	12345
21/09/2016	68,89		
25/09/2016	57,64		
28/09/2016	89,03		
20/09/2016	94,24		
25/04/2016	84,33		
24/02/2016	84,02		
24/02/2016	126,88		
25/01/2016	102,58		
25/11/2015	86,52		
25/09/2015	89,73		
25/09/2015	98,19		
25/09/2015	54,75		

Histórico de Consumo
(kWh)

Set/16	68
Ago/16	77
Jul/16	91
Jun/16	89
Mai/16	102
Abri/16	113
Mar/16	111
Fev/16	103
Jan/16	123
Dez/15	98
Nov/15	137
Out/15	110

Média dos últimos meses
236 kWh

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Out
20/09/16	12345	15/10/16	12345	1
			84	79

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	84	0,44026	36,98
ICMS			11,29
PIS			2,51
COFINS			2,78
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIBUICAO PUBLICA			28,57

BASE DE CALCULO	ADICIONA	VALOR DE
ICMS	53,23	28,00
PIS	53,23	0,25
COFINS	53,23	0,58

VENCIMENTO 26/10/2016
TOTAL A PAGAR R\$ 67,66

30f0.a3fe.306d.0be6.eef8.d4db.5eeb.4524

Indicadores de Qualidade 6/2016 - Garantia

Limites da ANEE	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC MENSA	11,58	
DC TRIMESTRAL	23,16	
DC ANUAL	46,32	
FC MENSA	7,89	
FC TRIMESTRAL	15,78	
FC ANUAL	31,56	
PMV	0,33	
PMV	18,00	

Descrição	Valor (R\$)	%
Serviços de Out de Emergência	14,25	20,77
Cargas de Emergência	16,44	24,29
Serviços de Atendimento	2,47	3,63
Serviços de Manutenção	5,41	8,16
Serviços de Instalação	10,81	16,31
Serviços de Reparo	0,00	0,00
TOTAL	67,66	100,00

Valor de EUSD (R\$ 0,2010) R\$ 17,10

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.
21 NOV. 2016
PROTOCO
AG. JOAO PESSOA

ATENÇÃO
Atenção: As faturas em atraso acima, constam(m) B O fatura(s) no momento de
R\$ 67,66, 11 relativos(s) a período(s) anteriores.
AVISO: Caso m(s) fatura(s) acima conste(m) em atraso, o fornecimento poderá
ser suspenso a partir de 01/11/2016. Condição: Resposta 414/ANEE. O pagamento
deve ser efetuado até o prazo de 10 dias para o fornecimento, caso o mesmo não
seja comunicado ou as contas pagas não estejam no sistema. Condição: a para
o fornecimento, caso as faturas estejam pagas, desconsiderar esta mensagem.
ESTÁ SE SUSPENDENDO O VALOR DAS FATURAS DA REANUNCIADA, para estas a suspensão do
fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decorrer do prazo de 90 (noventa)
dias, a partir da data de emissão da fatura vencida e não paga.
Atenção: A suspensão do fornecimento de energia elétrica não é considerada no caso de inadimplência
relativa a contabilidade.

ENERGISA PARABÁ
Roteiro: 10 - 280 - 807 - 5510
Módulo: 287380-2016-10-3

VENCIMENTO 26/10/2016
TOTAL A PAGAR R\$ 67,66

83680000000-1 67860054000-6 02873802016-4 10302600019-2





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Expedito da Costa,
 RG nº 2414781, data de expedição 10/04/97,
 Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 021.217.974-83, com
 domicílio na cidade de Curral do Lima, no Estado de
Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio Botocador, m/n, Zona Rural, nº n/n,
 complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Pedro Antônio da Silva, cujo o condutor era
José Expedito da Costa.

Veículo: Motocicleta Honda
 Modelo: CG 150 Idom Ka
 Ano: 2006
 Placa: MOH 9538 / PB
 Chassi: 9C2KC08107R04
 Data do Acidente: 06 de dezembro de 2015
 Local e Data: Belém, 04 de novembro de 2016

José Expedito da Costa
 Assinatura do Declarante

José Expedito da Costa

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

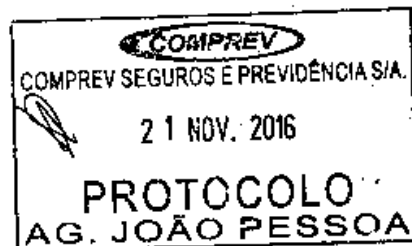


Serviço Notarial e Registral
 Maria Guadalupe Alencar de Carvalho
 Belém-PB

CPF: 021.217.974-83
 Rua: Solon do Lencois, 100 Centro
 Belém-PB CEP: 66.255-000
 Fone: (91) 3644-7151 / 3638-0417
 e-mail: gregorio.alencar@tjpb.jus.br

Reconheço a firma como verdadeira com autenticidade de

José Expedito da Costa, dou fé.
 Belém-PB, 04 de Novembro de 2016. Belém
 Lucra Helena Aragão Alencar de Carvalho (Oficial Substituto)
 SSO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO do Tipo Normal B - ABE58464-8C8S
 Consulte a autenticidade em <https://sso.digital.tjpb.jus.br>





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <u>Pedro Antonio da Silva</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <u>63</u>	SEXO <u>M</u>	COR	CLÍNICA <u>Ortop</u>	ENF. <u>14</u>	LEITO <u>48</u>
DATA DE ADMISSÃO <u>06/12/15</u>		DATA DE ALTA <u>13/01/16</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <u>Fratura dos ossos da perna (E)</u>				CID <u>S82.315s</u>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <u>O mesmo</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <u>Raios x da perna (E) AP e perfil</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Tratamento cirúrgico</u>					
TERAPIA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA ☒ MELHORADO		☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO	☐ CURADO	☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

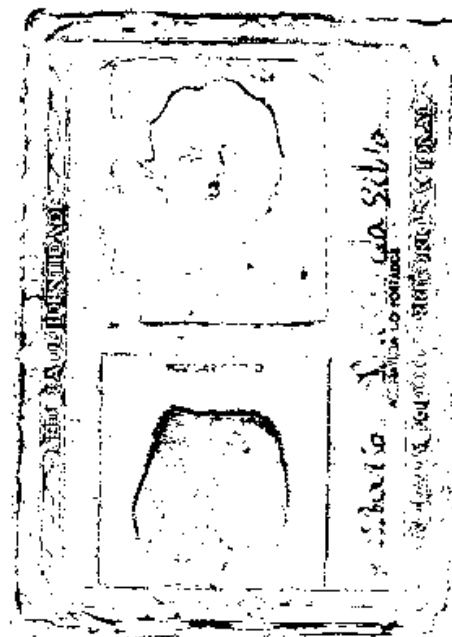
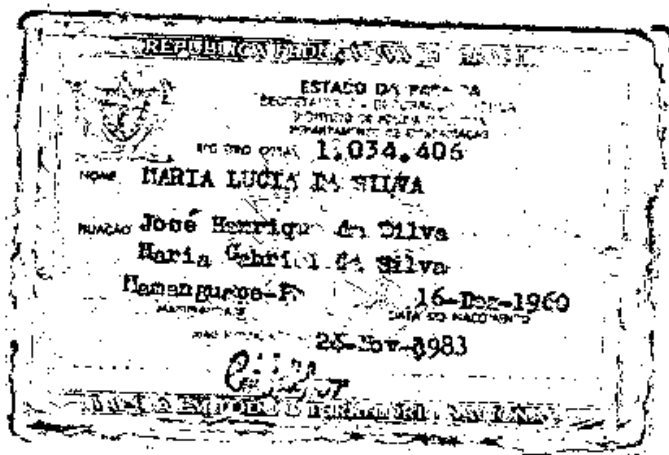
(E) Paciente com dor e edema em perna
(E) devido a fratura contusa por acidente de
de moto

DIETA: <u>Libre</u>		ORIENTAÇÕES PÓS-ALTA	
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.		COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 21 NOV. 2016	
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.			
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <u>Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "cheiro" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</u>			
MEDICAÇÕES PARA CASA:			

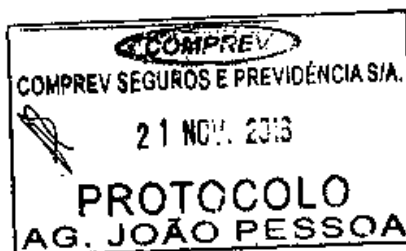
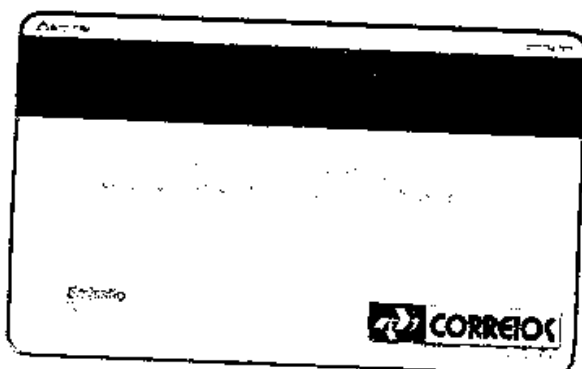
RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
 Ao Ambulatório do D.A. Temístocles em 30 dias para revisão.

DATA <u>13/01/16</u>		ASS. MÉDICO / CRM <u>2510</u>	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar			
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO			
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

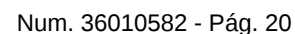




DOCUMENTO 3 *T3M*



CONTENTS



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2414781

NOME JOSÉ ESPEDITO DA COSTA

RENUNCIADO Arcanjo Marques da Costa

Mamanguape - PB 10.04.1978

Cert. Nasc. nº 3.942. fls 140.11v nº A-04. Cart. Mamanguape - PB

LEI Nº 116 DE 2006

02.11.2016

RENUNCIANTE NATURALIZADO

José Espedito da Costa

DOCUMENTO 8 "T80%"

BRASIL

BRANCO DO BRASIL

CRISTIANIZACAO

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de inscrição 021 217.974-83

Nome

CPF - 021.217.974-83

Autentico está cópia conforme a original. Dou fé

Belém 04/11/16

Emitido selo digital de acordo com a lei nº 10.132/13 sob <https://selodigital.tjpb.jus.br>

SEI 27800.122R

Processo A. de Carvalho

R. Nelson de Lucena, 182 - Belém - PB

Cartório de Registro de Imóveis

Rebeldião, Protesto, Títulos e Documentos e Notas

Titular

Onelli G. A. de Carvalho

Lucia Hale A. de Carvalho

Ranhel Guedes Carvalho Ramos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome JOSÉ ESPEDITO DA COSTA

CPF 021.217.974-83

Nome ARCANJO MARQUES DA COSTA

CPF 021.217.974-83

Nome

CPF

Nome

CPF

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

21 NOV. 2016

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

05/04/2013

0209332480

0002619832

0209332480

0002619832



JOSE ESPEDITO DA COSTA
RIT ESTACADA S/N - AREA RURAL
CURRAL DE CIMA / PB CEP: 58201-000 (AO-14)

Classificação: RESIDENCIAL / MONOFÁSICO
Roteiro: 10-200-027-5830
Número do medidor: 00000751527

Referência: Out/2016
Emissão: 19/10/2016

ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. Zélio de Menezes, 25 - D. João Pessoa / PB - CEP: 58071-400
CNPJ: 09.005.183/0001-40 Ins. Est. 16.015-923-0

Nota Fiscal/Código de Energia: ENEPA 0000721 137
Código para Débito Automático: 0000000001

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

Conta referente a

UC (Unidade Consumidora): 5/885996-1

Out/2016

Canal de contato

Apresentação

19/10/2016

Data prevista da
próxima leitura

18/11/2016

CPF/CNPJ/RANI

212787483

Faturas em atraso
FATURAS VENCIDAS ATÉ
O DIA 14/10/2016 PAGAS,
OBRIGADO!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Letura	Data	Letura	
20/09/16	12982	19/10/16	12912	28

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	118	0,44026	52,29
ICMS			70,83
PS			0,76
COFINS			3,45
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB. LUM. PÚBLICA			18,26
JUNTOS DE MORA 09/2016			0,42
MULTA 09/2016			1,50
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 09/2016			0,01

Histórico de Consumo
(kWh)

Set/16	129
Ago/16	112
Jul/16	119
Jun/16	115
Mai/16	125
Abr/16	118
Mar/16	122
Fev/16	126
Jan/16	127
Dez/15	114
Nov/15	104
Out/15	108

Média dos últimos meses
118 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VALOR R\$
ICMS	77,57	27,00	20,83
PS	77,57	0,9806	0,76
COFINS	77,57	4,4501	3,45

VENCIMENTO
26/10/2016

TOTAL A PAGAR
R\$ 96,49

RECEBIMOS DO PAGO

4414.69f8.1a38.cda7.8135.4fe0.8d00.ec43.

Indicadores de Qualidade 9/2016 - Quarta

Limite da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIG. MENSAL	11,54	
DIG. TRIMESTRAL	22,18	
DIG. ANUAL	49,26	
FIC. MENSAL	7,29	
FIC. TRIMESTRAL	15,79	
FIC. ANUAL	31,58	
ONDC	0,25	
ONCR	10,50	

Orcamentacao	Valor (R\$)	%
Serviço de Dist. de Energia	19,81	20,54
Consumo de Energia	23,26	24,14
Serviço de Transmissão	1,27	1,42
Encargos Sociais	1,82	1,90
Proteção de Instalação e Encargos	44,10	45,70
Quanto Serviços	0,00	0,00
Total	96,49	100,00

ATENÇÃO

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
21 NOV. 2016
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

ENERGISA PARÁIBA

Roteiro 10-200-027-5830
Matrícula: 835995-2016-10-4

VENCIMENTO

26/10/2016

TOTAL A PAGAR

R\$ 96,49

83890000000-8 96490054000-3 08859952016-5 10402800019-0





PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Pedro Antonio da Silva

Nacionalidade: brasileira

Estado Civil: casado

Identidade: 0947 3868-9

CPF: 498.258.544-83

Profissão: engenheiro

Endereço: Sítio Botacado

CEP: 58291-000

Telefone: (83) 98863-5147

OUTORGADO:

Nome: Maria Lucia da Silva

Nacionalidade: brasileira

Estado Civil: casada

Identidade: 1.034.406

CPF: 396.823.234-87

Profissão: advogada

Endereço: Sítio Botacado

CEP: 58291-000

Telefone: (83) 99803-1444

Pelo presente Instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perda médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Pedro Antonio da Silva.

Belém, 04 de novembro de 2016.

Local e data

Pedro Antonio da Silva

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdade)



Serviço Notarial e Registral
Maria Guedes Alcolado de Carvalho
Belém-PB

Rua: Solon da Lucena, 182 Centro
Belém-PB CEP: 66.255-900
Fone: (83) 3044-7151 / 3095-0443
e-mail: carlomaguedas@procuradoria.pb.gov.br

Reconheço a firma como verdadeira com autenticidade de
Pedro Antonio da Silva, dou fé.

Belém-PB 04 de Novembro de 2016. Em teses

Lucia Helena Aragão Alcolado de Carvalho (Oficial Substituto)

SELO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO do Tipo Normal U - ABE58462-AC9Q
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

COMPREV

21 NOV. 2016

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08347947520168152001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA 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 **PEDRO ANTONIO 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:

Inicialmente, cumpre 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, 26 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/10/2020 10:51:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102810515169900000034388698>
Número do documento: 20102810515169900000034388698