



Número: **0839098-49.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/07/2018**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSEMAR EDVALDO DA SILVA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38697798	25/01/2021 12:56	Petição	Petição
38698101	25/01/2021 12:56	2652744_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
38698104	25/01/2021 12:56	2652744_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSEMAR EDVALDO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180278652

Vítima: JOSEMAR EDVALDO DA SILVA

Data do Acidente: 01/03/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180278652**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12992358

Pag. 01093/01094 - carta_01 - INVALIDEZ

00020547



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: JOSEMAR EDVALDO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180278652

Vítima: JOSEMAR EDVALDO DA SILVA

Data do Acidente: 01/03/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180278652**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **01/03/2016**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00595/00596 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13007126





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 721206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Numero do Sinistro ou ASL: _____ CPF da Vítima: 086.019.184-25 Nome completo da vítima: Josemar Edvaldo da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo	CPF titular da conta	Profissão	
<u>Josemar Edvaldo da Silva</u>	<u>086.019.184-25</u>	<u>Agricultor</u>	
Endereço	Número	Complemento	
<u>Sítio Lagoa do Feliz</u>	<u>512</u>		
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Cuité de Mamanguaré</u>	<u>PR</u>	<u>55289-000</u>
E-mail	Telefone (DDD)		
<u>alexandrocubarduarte@hotmail.com</u>	<u>99.105-5363</u>		

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ PRECISO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)			
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
Nº: <u>0044</u>	Nº: <u>107853</u>	Nº: _____	Nº: _____
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Cuité de Mamanguaré 21 agosto de 2017

Local e Data

Josemar Edvaldo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 7 - Assinatura do Representante Legal

Y001/2017





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2017

Ocorrência Nº. 034/2017

Aos DEZESSETE dias de AGOSTO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de CAPIM/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **THIAGO AUGUSTO CAVALCANTI DOS ANJOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevê(o) AD-HOC, a, por volta 14h10min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSEMAR EDVALDO DA SILVA, conhecido por "CUE", Identidade nº 3.005.963-SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil: casado, profissão: agricultor, filho(a) de Edvaldo Máximo Da Silva E De Cosma Maria Deotade Da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 09/04/1986 (31 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Lagoa Do Félix, S/Nº, Zona Rural, tendo como ponto de referência: Rua do posto de Saúde, na cidade de CUITÉ DE MAMANGUAPE/PB, fone(s) para contato: (83) 99164-0077.

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 segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) DATA DO FATO: 01 de maio de 2016;
- 3) HORÁRIO: 06h:0min;
- 4) LOCAL: Sítio Lagoa do Félix, zona rural do município de Cuité de Mamanguape/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital Geral de Mamanguape, e depois foi encaminhado para o Complexo Hospitalar Governador Tárdsio Burity, na capital;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM ;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:

MOTOCICLETA MARCA HONDA, MODELO CG 160 FAN ESDI, PLACA: OXO7243/PB, CHASSI 9C2KC2200GR119612 ANO/FAB: 2016, EM NOME DE INIVAM JOÃO DOS SANTOS.

7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:

8) BREVE RESUMO DO FATO:

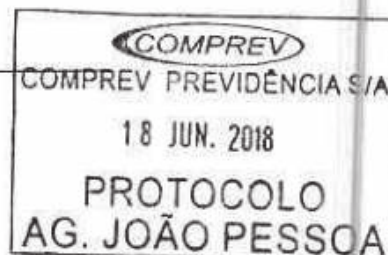
QUE o comunicante vinha pilotando a motocicleta acima citada pela zona rural de Cuité de Mamanguape, em estrada de barro, quando apareceu um cachorro na frente e o mesmo foi desviar e veio a cair do veículo; QUE foi socorrido pelo primo conhecido por "TINDA", para o Hospital Geral de Mamanguape e, em seguida, para o Complexo Hospital Governador Tárdsio Burity, em João Pessoa/PB; QUE a vítima quebrou o punho do braço direito além de outras lesões decorrentes do acidente.

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

Josemar Edvaldo da Silva
Josemar Edvaldo Da Silva

Comunicante

Silvestre
Flacivaldo Silvestre Da Silva
Policial Civil
ESCRIVÃO AD-HOC





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima João Marcelo da Silva CPF da Vítima 086.09.181-25 Data do Acidente 01-03-16

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante Legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Marcelo da Silva de 01 de agosto de 2017

Local e Data

João Marcelo da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALL001 V001/2017

COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A Campo 2 - Assinatura do Representante Legal 18 JUN. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA
--



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1960
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 832644 Atd: Nao Regula
Data: 01/03/2016
Hora: 22:50:09
Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO DE
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSEMAR EDVALDO DA SILVA
CNS: 203499117160018 Sexo: M IDENTIDADE: 3005963 Fone: 991379790
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 09/04/1986 Id: 29 ano(s)
End.: SITIO LAGOA DO FELIX,
Bairro: ZONA RURAL Cidade: CUITE DE MAMANGUAPE UF: PB
Pai:
Mae: COSMA MARIA DEODATO DA SILVA
Ocupação: AGRICULTOR
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: JOSEMAR EDVALDO DA SILVA
Tel/Doc. Responsavel: 991379790 / IDENTIDADE: 3005963
Procedencia: CASA

de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2016.03.000120

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
EC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: Q2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Queixa Principal

Trauma com edema no punho direito

Não é alérgico

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) 18 JUN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Diagnostico

Contusão de punho direito

Prescrição

Tratamento
tipo curativo

Rômulo Soares de Castro
13.002833/CRM-PB 2833
CPF: 181.533.594-68

Dr. Rômulo Soares de Castro
033.002833/CRM-PB 2833
CPF: 181.533.594-68

ficha



OSMA MARIA CECILIO DA SILVA
 ENDEREÇO: RUA S. JOSE, 100 - JARDIM
 CIDADE: ANÁPOLIS - GO - CEP: 73000-000
 EMISSÃO: 22/02/2018 - Referência: 01/2018
 Classe: 3 - 300V - 15A - 1000VA - 1000VA - 1000VA - 1000VA
 Número: 5288471-6 - 5288471-6

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

Conta referente a: **Apresentação** Data prevista da próxima leitura: **CPF/CNPJ/RANT**
 Fev / 2018 15/02/2018 16/03/2018 7351489411

UC (Unidade Consumidora): **5/288471-6**

Canal de contato
 - Telefone: 0800 083 0196
 - E-mail: energia@energis.com.br
 - Site: www.energis.com.br
 - Endereço: Rua S. José, 100 - Jardim - Anápolis - GO - CEP: 73000-000

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dígitos
Data	Leitura	Data	Leitura	
01/01/18	5178	15/02/18	5178	00
Demonstrativo				
Quantidade consumida em kWh: 0,00				
Valor devido em R\$: 0,00				
Valor devido em R\$: 0,00				
000	Consumo de energia elétrica	22,70	22,70	1,00
001	Consumo de energia elétrica	41,60	41,60	1,00
002	Consumo de energia elétrica	1,00	1,00	1,00
Lançamentos de energia elétrica				
000	Consumo de energia elétrica	1,00	1,00	1,00
001	Consumo de energia elétrica	1,00	1,00	1,00
002	Consumo de energia elétrica	1,00	1,00	1,00
003	Consumo de energia elétrica	1,00	1,00	1,00

Consumo de energia elétrica em kWh: 0,00

Antes últimos meses (kWh) **VENCIMENTO 22/02/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 27,33**

Histórico de Consumo (kWh)											
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12

5463 2461 794d de 91 5345 a 277.408 e 1/2

Indicadores de Qualidade			
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Observação
01 - Tensão	30,0	30,0	Observação
02 - Tensão	40,0	40,0	Observação
03 - Tensão	50,0	50,0	Observação
04 - Tensão	60,0	60,0	Observação
05 - Tensão	70,0	70,0	Observação
06 - Tensão	80,0	80,0	Observação
07 - Tensão	90,0	90,0	Observação
08 - Tensão	100,0	100,0	Observação
09 - Tensão	110,0	110,0	Observação
10 - Tensão	120,0	120,0	Observação

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 18 JUN. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA





NET
O MUNDO É DOS NETS

25/01/2021 12:56:36 25/05/2018 54
04.54276574
PARA 2a VIA DA FATURA, DÉBITO AUTOMÁTICO E DÚVIDAS, ACESSO NET.COM.BR

Importante:
Selecione em qual categoria deseja emitir a fatura:
- NET para uso pessoal (residência)
- NET para uso comercial (empresa)
- NET para uso institucional (órgão público)
- NET para uso educacional (escola/universidade)
- NET para uso profissional (profissional liberal)
- NET para uso corporativo (empresa)
- NET para uso institucional (órgão público)
- NET para uso educacional (escola/universidade)
- NET para uso profissional (profissional liberal)
- NET para uso corporativo (empresa)

Minha NET:
- NET VIRTUA
- NET FÍSICA
- NET FÍSICA

NET VIRTUA
Residência: 04.54276574
Endereço: Rua da Fátima, 123 - Centro - São Paulo/SP
Cidade: São Paulo/SP
Estado: SP
CEP: 01234-567
Telefone: (11) 1234-5678
E-mail: contato@net.com.br
Total NET Virtua: R\$ 10,00
Total NET Física: R\$ 10,00
Total NET Fatura: R\$ 10,00

NOTAS:
- Você já utiliza a INTERNET PARA ALTERAR O SEU PERFIL?
- NAS REDES SOCIAIS
- TAMBÉM PODE UTILIZAR A PARA ALTERAR O NOME E A SENHA
- DA SUA REDE WIRELESS MINHA NET.
- Confira sempre as configurações de sua rede.
- Para alterar a senha de acesso à sua rede, vá para o menu "Configurações" e altere a senha.
- Para alterar o nome da sua rede, vá para o menu "Configurações" e altere o nome.
- São diversos serviços para você multitar!
- É simples, rápido e seguro.
- É fácil e seguro para você multitar!

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN 2018
PROTOCOLADO
AG. JOAO PESSOA

NET SERVIÇOS 9070733748070
8461000000-5 54590296201-2 80525907000-3 001
ALEXANDRA CESAR DUARTE

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Alexandra Ceres Duarte Inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Josemar Edvaldo da Silva Inscrito
(a) no CPF sob o Nº 086.019.589-25 do sinistro de DPVAT cobertura invalida da Vítima
Josemar Edvaldo da Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.754-74, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

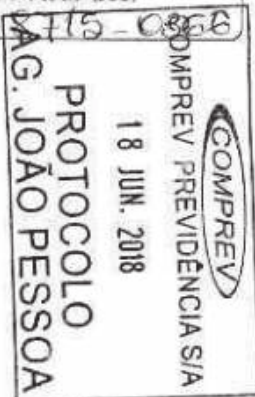
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento <u>-</u>
Bairro <u>Marina</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PR</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email <u>alexandracarduarte@hotmail.com</u>		Telefone comercial (DDD) <u>9105-5363</u>	Telefone celular (DDD) <u>9105-0868</u>

João Pessoa 18 de junho de 2018
Local e Data

Alexandra Ceres Duarte
Assinatura do Declarante



DLRL001 V001/2017





CERTIDÃO

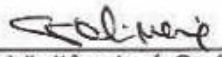
Nº. 1175/2016

Atendendo solicitação do procurador **EGUINALDO DA SILVA BATISTA JUNIOR** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 832644 pertencente a **JOSEMAR EDVALDO DA SILVA** que foi atendido no dia 01/03/2016 às 22H50min, apresentando trauma em punho direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem, que evidenciou contusão de punho direito. Medicado e procedida a imobilização do membro, foi liberado em seguida.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância em saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 10 de Agosto de 2016


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PRESBITURA 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: 832644 Atd: Nao Regular
Data: 01/03/2016
Hora: 22:50:09
Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO DE
Clinica: TRAUMATOLOGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSEMAR EDVALDO DA SILVA N. de vezes atendido: 1
CNS: 203499117160018 Sexo: M IDENTIDADE: 3005963 Fone: 991379790
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 09/04/1986 Id: 29 ano(s)
End.: SITIO LAGOA DO FELIX,
Bairro: ZONA RURAL Cidade: CUITE DE MAMANGUAPE UF: PB
Pai:
Mae: COSMA MARIA DEODATO DA SILVA
Ocupação: AGRICULTOR
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: JOSEMAR EDVALDO DA SILVA
Tel/Doc. Responsavel: 991379790 / IDENTIDADE: 3005963
Procedencia: CASA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Vitima de acidente por: NAO
Vitima de violência por: NAO
[] 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

Queixa Principal

Trauma com edema no punho direito

Observacao

Não é alérgico

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) 18 JUN. 2018

Diagnostico

Contusão de punho direito

Prescricao

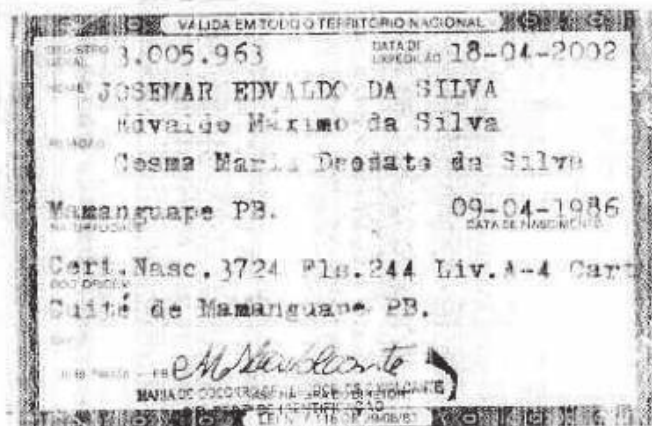
Tratamento com analgésico e anti-inflamatório

PROTÓCOLO
AG. JOAO PESSOA

Rômulo Soares de Castro
13.002833/CRM-PB 2833
CPF: 181.533.594-68

ficha







07833220

Alexandra Cesar Duarte

Assinatura do Titular da Carteira



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

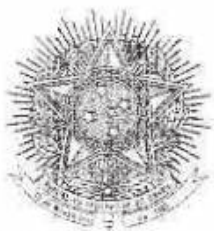
046.502.754 -74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

21/08/1982



CARTEIRA DE IDENTIDADE DE ADVOGADO



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL

- O A B -

O documento de identidade profissional, na forma prevista no Regulamento Geral, é de uso obrigatório no exercício da atividade de advogado ou de estagiário e constitui prova de identidade civil para todos os fins legais.

(Art. 13 da Lei nº 8.906, de 04/07/1994)

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
Conselho Seccional
da Paraíba

Nome

Nome

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Nome

ALEXANDRE DE ARAÚJO DUARTE e MARCIA CESAR DUARTE

Nome

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

Nome

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

Nome

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

Nome

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

Nome

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

Nome

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

Nome

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

Nome

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

Nome

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

Nome

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

Nome

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

Nome

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

Nome

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

Nome

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

Nome

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

Nome

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

Nome

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

Nome

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

Nome

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

Nome

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

Nome

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

Data de Emissão de OAB

30/07/2007

Data de Expiração

12/07/2009

JOSE MARIO PORTO JUNIOR

JOSE MARIO PORTO JUNIOR
PRESIDENTE

AG. JOÃO PESSOA

PROTOCOLO

18 JUN. 2018

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180278652 **Cidade:** Cuité de Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEMAR EDVALDO DA SILVA **Data do acidente:** 01/03/2016 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA NO PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: CONTUSÃO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



DECLARAÇÃO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

Eu, Josemar Edvaldo da Silva,
brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG de Nº
3005-963 e CPF de Nº 086.019.181-28, vítima de acidente de
transito dia 01/03/16 no veículo moto de placa
0X07213, onde eu era condutor, de propriedade
de Inuven Pat dos Santos, VENHO aqui informar
a SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT que não posso atender a
DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE VEÍCULO solicitada pela SEGURADORA LÍDER por
um destes motivos abaixo marcado.

() o proprietário do veículo se recusou assinar a DECLARAÇÃO DE PROPRIETÁRIO DE
VEÍCULO

(X) o proprietário do veículo não foi localizado.

Portanto, eu assino abaixo esta declaração me dispondo à
seguradora LÍDER por qualquer informação, e desde já peço que continue a análise do
meu processo de _____, pois eu não posso ser prejudicado por
um destes motivos acima.

Josemar Edvaldo da Silva
DECLARANTE / VÍTIMA / BENEFICIÁRIO

Luiz de Alcantara, PA de 21 de agosto de 2017.



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:
Josemar Edvaldo da Silva
 brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão agricultor
 CI RG nº 3.005.963-55 SSP/PB.
 CPF/MF nº 086.039.384-95, residente e domiciliado(a) à Rua Sítio boquea do Feix
 Cidade de Beito de Mamanguape, Estado Paraíba, CEP: 58289-000, telefone 99164-0047, 99165-4200.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 18 JUN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
 de 20 17.

Beito de Mamanguape, 21 de Agosto

Josemar Edvaldo da Silva

Adauto Rodrigues de
 Oficial do Regi
 Substituto

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS
 Rua Da Matriz, 41, Centro, Cuité de Mamanguape - PB
 Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de
 JOSEMAR EDVALDO DA SILVA
 Data: 21/08/2017
 Substituto: ADAUTO RODRIGUES DE BULHÕES
 Selo Digital: AFL70185-OCZF
 Consulte a autenticidade em <https://selo.digital.tpb.jus.br>
 Emol R\$ 10,50 PAR/PEN R\$ 0,08 MP R\$ 0,17 FEP J R\$ 0,20

OFÍCIO DE NOTAS
 Anunciada R. de Bulhões
 Notária Pública
 Sub. Adauto R. de Bulhões
 Cuité de Mamanguape-PB





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08390984920188152001

BRADESCO SEGUROS 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 **JOSEMAR EDVALDO DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 21 de janeiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

