



Número: **0824886-23.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **11/05/2018**

Valor da causa: **R\$ 2.362,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
41157730	26/03/2021 11:38	Petição	Petição
41157731	26/03/2021 11:38	2710503_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
41157733	26/03/2021 11:38	2710503_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA**

Nº Sinistro: **3180035111**

Vítima: **JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA**

Data do Acidente: **28/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180035111**.

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 12269466

Pag. 00719/00720 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA

Sinistro: 3180035111

Vítima: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA

Data do Acidente: 28/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180035111** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00273/00274 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12283911



Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12363082

A/C: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA

Nº Sinistro: 3180035111
Vitima: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA
Data do Acidente: 28/07/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

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: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA

Valor: R\$ 7.087,50
Banco: 104
Agência: 000001909
Conta: 0000056236-6
Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =	R\$	7.087,50
---	-----	----------

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.

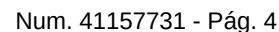
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01735/01736 - carta_15R - INVALIDEZ

00020868





Page: 1 Document Name: untitled

CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 05/12/2017

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 1909 CIDADE ANTIGA OPER: 013 CONTA: 56.236-6
PERIODO: 05122017 ATE: 05122017 CPF: 114.465.504-86
NOME: JEAN CLAUDE VAN DAME C S VLR.BLQ.JUD. :

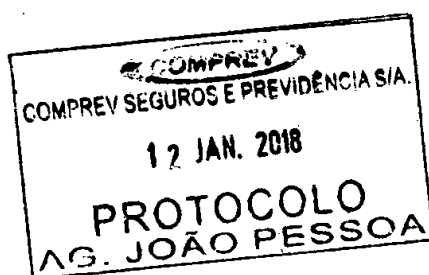
DATA MOV NR.DOC HISTORICO T A X A V A L O R S A L D O

F1 AJUDA
F3 RETORNAR

F4 SALDO POR DATA LIMITE
F6 EXTRATO ANTERIOR

SALDO EM 04/12/2017 R\$
F7 VOLTAR PAG.
F8 AVANCAR PAG.

TEW1F498
F12 FINALIZAR



Date: 05/12/2017 Time: 12:34:58





Boletim de ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02174.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02174.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:01 horas do dia 04 de dezembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Jean Claude Van Dame Carvalho Elizeu Silva**, CPF nº 114.465.504-86, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Repositor, filho(a) de Josineide Elizeu de Maria e Neemias Batista Carvalho Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/04/1996 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Redenção, Nº 695, bairro Ilha do Bispo, tendo como ponto de referência Igreja Prebiteriana, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98733-7489.

Dados do(s) Fatos:

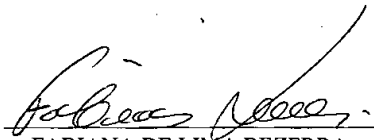
Local: Av. Hilton Souto Maior, Próximo Ao Bemais, João Pessoa/PB, bairro José Américo; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/07/17 05:40h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

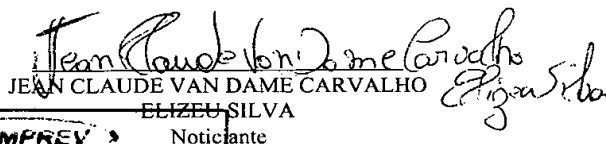
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

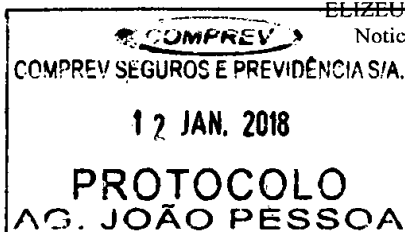
Que conduzia a MOTO HONDA/NXR 150 BROS ESD, VERMELHA, 2014/2014, PLACA QF18000/PB, CHASSI 9C2KD0540ER082279, registrada em nome de JOÃO BATISTA CARVALHO DA SILVA, quando colidiu na traseira de um CARRO NÃO IDENTIFICADO, o qual estava parado indevidamente na via; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1570/2017, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 17.10.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido por uma viatura da Polícia Militar, através do cabo CARVALHO; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, exeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 04 de dezembro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO
ELIZEU SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 02174.01.2017.1.00.420





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 interditada 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 JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA	CPF da Vítima 114.465.504-86	Data do Acidente 28-07-17
--	--	-------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

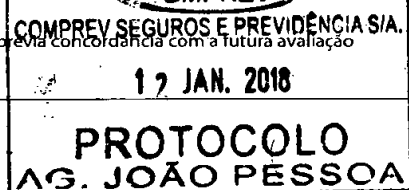
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 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 Pessoa 20 de dezembro de 2017

Local e Data

Jean Claude van DAME CARVALHO ELIZEU SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/02/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SIL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01909

CONTA: 000000056236-6

Nr. da Autenticação B3191C47B322C1B5



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

36056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 48127

Atd: Nao Reg

Data: 28/07/2017

Hora: 05:40:25

Recepcionista: JOELMA IRIO AQUINO D

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JEAN CLOSE VANDAME CARVALHO DA SILVA

Num. Prontuario: 2017.07.003759

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988677117

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 28/04/1991 Id: 26 ano(s)

End.: CONJUNTO RENASCER,0

Bairro: ILHA DO BISPO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: JOSINEIDE CARVALHO DA SILVA

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SEM PROFISSAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

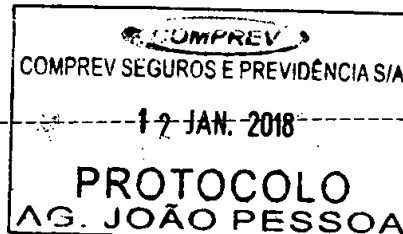
Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: JEAN CLOSE VANDAME CARVALHO DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 988677117 / SEM DOCUMENTO: SD

Prontuário: RUA

Comprovacao de ato declaratorio



Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	[]	Aparentemente Bem	[]	Grave
EE:	TP:	[]	Politraumatizado	[]	Convulsao
Peso:	Altura:	[]	Hemorragia	[]	Dispneia
Glicemia:	IMC:	[]	Diarreia	[]	Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[]	Regular	[]	Chocado
		[]	Vômito		

Queixas Principais

Observação

Colisão moto x carro

Observação
Paciente vítima de acidente
com moto e carro, 332.142
Pronto Socorro
CHMGTS

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de acidente com motocicleta há 1 hora. Não perde a consciência ou vômitos. Há lesões em membros D com exposição das tendões, ferimento contínuo em pé E em face.

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

Receita de um. Geral
Indicações de antipé
Análise de Bicus

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/03/2021 11:38:15
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032611381527200000039188431
Número do documento: 21032611381527200000039188431

FCC no Posto 1 Tenozitlo apresentando

Pré-Municação de trânsito.

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

cd: SF 0.5. 1030ml em
Afeleture 2g em

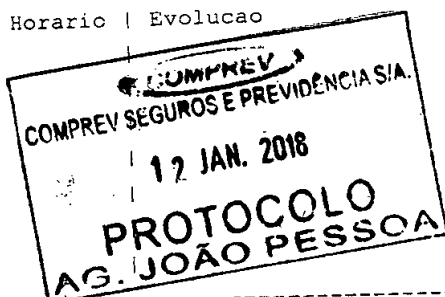
Sgt 01 KTN

análises BME e Bloco amf

Dr. Sílvia Bruno S. Carr
Propriedade: Trauma
Cruz Vermelha

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtdel | Medicamentos | Dose | Horário | Evolução



Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



energisa

ENERGISA S.A. DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 Rua: 4 - 1 - 302 - 1000
 Referência: Jul/2017
 Emissão: 10/07/2017

Class/Subcl: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO B230, Km 25 - Cda. Revetor, João Pessoa/PB - CEP 58071-880
 Nº medidor: 00000822452

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº000281747
 Código para Débito Automático: 0000281747

Conta Referência a 10/07/2017
Apresentação 10/07/2017
Data de Vencimento 10/08/2017
CPF/CNPJ/INSC 44188313415

UC (Unidade Consumidora) 6/310408-9

Atenção:
 A partir desta mês, as contas deverão conter novo layout para tornar ainda mais claras e compreensíveis as informações e os demonstrativos de consumo, tarifas, tarifas e composição de tarifas. O valor de tarifa, potência e as informações de consumo de energia elétrica, bem como a composição de tarifas, serão apresentados de forma clara e objetiva, facilitando a compreensão dos valores e das tarifas pagas pelos clientes.

Comprovante de residência



Descrição	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
Consumo kWh	82,00	0,81	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Alug. S. Amém	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
CONTROLE SERV. LIMP. PÚBLICA	1,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
MULTA DE MORA 08/2017	2,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PARCELAMENTO DE DÉBITO 07/12	187,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CCZ Código de Classificação do Item - TOTAL	219,74	28,78	0,00	38,78	0,00	1,43
---	--------	-------	------	-------	------	------

Valor a pagar (R\$) 219,74
Valor a pagar (R\$) 219,74

Reservado a 421.618a.8f41.5f55.2acf.e2cc.9264.

Indicadores de Qualidade

Índice	Atuação	Atuação	Atuação
DETRIMENTAL	9,91		
DETRIMENTAL	19,02		
DETRIMENTAL	19,02		
DETRIMENTAL	19,02		
DETRIMENTAL	19,02		
DETRIMENTAL	19,02		
DETRIMENTAL	19,02		
DETRIMENTAL	19,02		
DETRIMENTAL	19,02		
DETRIMENTAL	19,02		

Composição do Consumo

Descrição	Consumo	Consumo
Serviços de Dist. de Energia	10,00	4,53
Consumo de Energia	12,97	5,83
Serviços de Transmissão	0,00	0,00
Encargos Sociais	0,00	0,00
Impostos Diretos e Encargos	23,53	10,78
Outros Serviços	187,26	78,74
Total	219,74	100,00

Atenção:
 Faturas em atraso

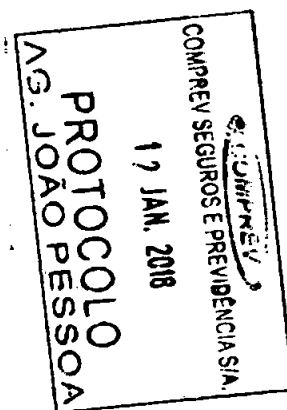
Valor a pagar (R\$) 219,74

PROTOCOLO
17 JAN. 2018
AG. JOÃO PESSOA

Comprovante de residencia



Fatura Mensal		Vencimento da Fatura		Total da fatura		Pagament																																																																													
		28/10/2017		R\$ 50,00		RS																																																																													
Número do Cartão: 526965XXXX3655 Atendimento a Clientes: 40049009 Demais Localidades: 0800 9409009																																																																																			
CTC RECIFE PE PLUS JOSE EDUARDO DA SILVA AV MARIA ROSA 58 MANAIRA 58038-460 JOAO PESSOA PB																																																																																			
Vencimento: 28/10/2017 Passagem: 17/10/2017																																																																																			
Demonstrativo do Programa de Pontos Caixa <table border="1"> <thead> <tr> <th>Saída Disponível</th> <th>Pontos a Expirar</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>22276</td> <td>1230</td> </tr> </tbody> </table>							Saída Disponível	Pontos a Expirar	22276	1230																																																																									
Saída Disponível	Pontos a Expirar																																																																																		
22276	1230																																																																																		
Encargos <table border="1"> <thead> <tr> <th>MULTA</th> <th>MORA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2,00 %</td> <td>1,00 %</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5,03 %</td> </tr> </tbody> </table>							MULTA	MORA	2,00 %	1,00 %		5,03 %																																																																							
MULTA	MORA																																																																																		
2,00 %	1,00 %																																																																																		
	5,03 %																																																																																		
Demonstrativo <table border="1"> <thead> <tr> <th>Data</th> <th>Descrição</th> <th>Cidade/Pais</th> <th>Valor Original</th> <th>Valor US\$</th> <th>Cotação</th> <th>Creditor</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13/09</td> <td>TOTAL DA FATURA ANTERIOR</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>28/09</td> <td>OBRIGADO PELO PAGAMENTO</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Subtotal Nacional</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXX3655</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Movimentações Nacionais</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>13/10</td> <td>ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 02/04</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Subtotal Nacional</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Total Nacional</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Total Internacional</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Total da Fatura</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							Data	Descrição	Cidade/Pais	Valor Original	Valor US\$	Cotação	Creditor	13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR						28/09	OBRIGADO PELO PAGAMENTO							Subtotal Nacional							JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXX3655							Movimentações Nacionais						13/10	ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 02/04							Subtotal Nacional							Total Nacional							Total Internacional							Total da Fatura					
Data	Descrição	Cidade/Pais	Valor Original	Valor US\$	Cotação	Creditor																																																																													
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR																																																																																		
28/09	OBRIGADO PELO PAGAMENTO																																																																																		
	Subtotal Nacional																																																																																		
	JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXX3655																																																																																		
	Movimentações Nacionais																																																																																		
13/10	ANUIDADE DIFERENCIADA TIT 02/04																																																																																		
	Subtotal Nacional																																																																																		
	Total Nacional																																																																																		
	Total Internacional																																																																																		
	Total da Fatura																																																																																		



17

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE EDUARDO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024/91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JEAN CLAUDE VAN DAME inscrito (a) no CPF sob o Nº 114.465.504-86 do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima JEAN CLAUDE VAN DAME CARLOS ELIEU SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 114.465.504-86, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Declaracao Circular SUSEP 445/12

☒ Recuso informar



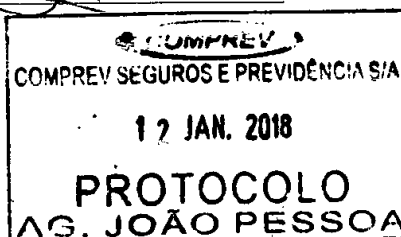
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora, que resido no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento -
Bairro <u>Manaiá</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado	CEP <u>58038-480</u>
Email <u>alexsandresandrade@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>9934-11-70</u>	Telefone celular (DDD) <u>83-9863-4900</u>

João Pessoa, 05 de Janeiro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante



18

DLDR001 V001/2017

Declaração do proprietário do ve



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Batista Carvalho da Silva,

RG nº 325.516, data de expedição 24/04/1985

Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 309.272.984-49 com

domicílio na cidade de João Pessoa no Estado de Paraíba

onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Jesse da Costa Cabral, nº 597,

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 Jean Claude Van Name cujo o condutor era João Batista Carvalho da Silva

Jean Claude Van Name Carvalho da Silva

Veículo: moto

Modelo: Honda / NHR 150 Bros

Ano: 2014/2014

Placa: QFI 8000 / PB

Chassi: 9CJ KD 05405 R 0822 79

Data do Acidente: 28-07-17

Local e Data: João Pessoa, 04-12-17



João Batista C da Silva
Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO CELEIDA
1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL
COMARCA DA CAPITAL
Reconheço For Autenticidade a firma de JOÃO BATISTA CARVALHO DA SILVA, [784], J. Pessoa-PB, 04/12/2017 17:09:37
Emol R\$9,23 Farpen: R\$0,27 (Fepj: R\$1,85, ISS: R\$0,46. Em
test da verdade. Tabela: CELEIDA COSMO PEREIRA SILVA.
Selo Digital AGD65455-WRMO Consolide
<https://selodigital.tjpb.jus.br>

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
12 JAN. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





Documentação médica – hospital



CERTIDÃO

Nº. 1570/2017

Atendendo solicitação de GISELE LOPES TEIXEIRA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº48141 e Prontuário Nº 2017.07.003759 pertencente a **JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA** que foi atendido dia 28/07/2017 às 07H40min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda.

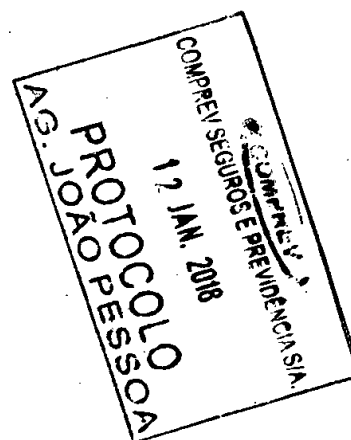
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tíbia esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 09/08/2017 com alta médica dia 09/08/2017.

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

João Pessoa, 17 de outubro de 2017

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 48141 Atd: Nao Regula
Data: 28/07/2017
Hora: 07:40:33
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SA
Clinica: ORTOPIEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 3

Nome: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA Num. Prontuario: 2017.07.003759

CNS: 204088624370006 Sexo: M IDENTIDADE: 4002725 Fone: 988677017

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 28/04/1996 Id: 21 ano(s)

End.: AVENIDA REDENCAO, 695

Bairro: ILHA DO BISPO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: JOSINEIDE ELIZEU DE MARIA

Pai: NEEMIAS BATISTA CARVALHO SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: REPOSITOR (COMERCIO)

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 988677017 / IDENTIDADE: 4002725

Pr.endencia: RUA

Transporte utilizado: VIATURA DA PM

Vitima de acidente por: OBS; CORRECAO DE DADOS

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR: 005/10/2017

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP: 005/10/2017

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura: 1,70m

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC: 22,0

[] Diarreia [] Agitado

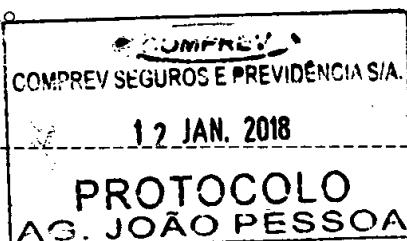
Circ. Abd: O2%: 98%

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

*Prescritor: Perito Vitima de Acidente notificado
Ex-funcionario Apresente FCC por
Laceracoes e Ressecamento
Nas Lâminas Dentárias Inferiores*



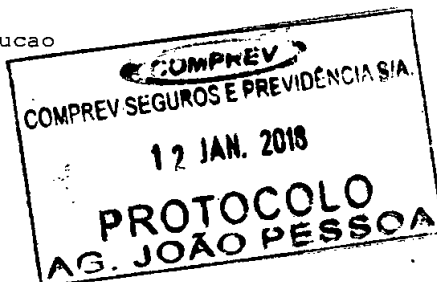
for Realizado, Exatidão múltiplas
e Sutura, alta da Buro

Francisco Adalberto da Silva
Doutor em Terapia Intensiva
Cirurgião Buco - Maxilo - Facial
CRO 2038

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao



Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

ESTADO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Jean Claude Van Jane Carvalho</u>		Data da Admissão: <u>28/07/17</u>	
Prontuário: _____	Idade: <u>21</u>	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____	Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Profissão: _____
Escolaridade: _____	Religião: _____		Data de Nascimento: ____/____/____
QPD: <u>Queda de moto</u>			
HDA: <u>paciente vítima de queda de moto hoje, sem trauma em</u> <u>frat. exposto de t.t.b. e (punho) + ferimento lombo - costas</u> <u>no esterno sem lesões dorsais da mão direita apresenta</u> <u>extenso lacer de tendões externos</u>			
Medicações em uso: _____		COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 17 JAN. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	
Interrogatório Sintomatológico: <u>28/07/17</u>			
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso [] - Kg em [] Prurido [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: [] Dor [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema [] Outros: _____			
ABD: [] Dor [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Mela [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume			
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____			
SME: [] Dor [] Rigidez pós-reposso [] Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos			
SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade [] Amnésia [] Libido [] Humor			

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

9



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____
Alergias: _____
Cirurgias: _____ [] HTF
[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa
[] Trauma [] Neo [] Tabagismo
[] Alcoolismo
Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____
Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg
FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Rx evidenciando pat. de Tbra E b*

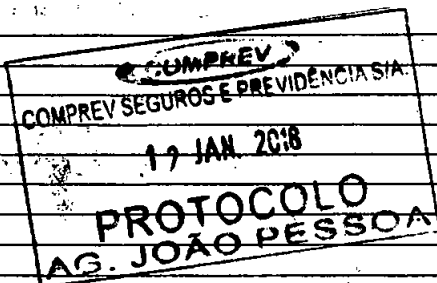
Hipóteses Diagnósticas: *Fratura de Tbra E (pontal).*

Extensor braço em tendão extensor de um D.

Conduta: *Realização de LMC + debridamento em*

pele D e mão D.

Internado P/Oto Otorrinolaringol. Antibiot.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Incisão:

Achados:

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 JAN. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Filipe Lessa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 14328

Dr. Luis Filipe Lessa
Ortopedia / Traumatologia
CRM 14328

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

Documentos de identificação



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

NOME
JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA

DOC IDENTIDADE / OUT PASSAPORTE
4002725 SSOS PB

CPF
114.465.304-86 DATA NASCIMENTO
28/04/1996

FILIAÇÃO
NEEMIAS BATISTA
CARVALHO SILVA
JOSINEIDE ELIZEU DE
MARIA

PTMBAO ACC CATEGORIA
A/B

UF PROTESTO 06321097727 VIGENCIA 11/07/2019 1ª HABILITACAO 13/03/2015

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA;

Assinatura do Titular

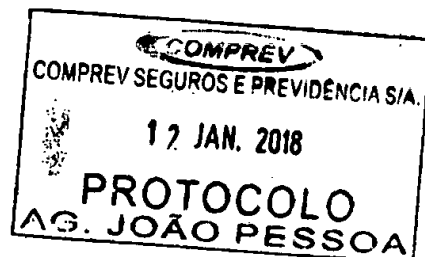
LOCAL JOAO PESSOA, PB DATA EMISSAO 01/04/2016

60645659020
PB032390319

1280538014

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDA PLASTIFICAR



13



[REDACTED]



19



**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): **JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU SILVA** Sinistro: **3180035111** Data: **28/07/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Avenida Redenção, 695 - Ilha do Bispo - João Pessoa - PB - CEP 58011-400**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **4002725**

Data local do exame: [**30/01/2018**] **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)
FERIMENTO EXTENSO EM MÃO DIREITA COM LESÃO TENDÕES EXTENSORES. FRATURA DE TÍBIA DISTAL EXPOSTA ESQUERDA. ACIDENTE EM 28/07/2017 AO EXAME: PACIENTE COM GRANDE RETRAÇÃO DE PELE EM DORSO MÃO DIREITA COM LIMITAÇÃO DE 75% DE FLEXO EXTENSÃO DE DEDOS +PERDA FORÇA . PRESENÇA DE CICATRIZ EM 1/3 DISTA DE PERNA ESQUERDA COM EDEMA , SEM LIMITAÇÕES MOTORAS

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.
TÍBIA TRATADA SÓ COM LIMPEZA E ANTIBIÓTICO, SEM OSTEOSÍNTESE SUTURA DE TENDÕES EM 09/08/2017 E ALTA NO MESMO DIA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E FISIOTERÁPICO

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 funcional da mão direita

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opção 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):
Mão direita

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (**X**) 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.



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180035111 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO **Data do acidente:** 28/07/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A
ELIZEU SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MI ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL/ MI ESQUERDO :25% DE 70% = 17,5%

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180035111 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO **Data do acidente:** 28/07/2017 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A
ELIZEU SILVA

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO EXTENSO EM MÃO DIREITA COM LESÃO TENDÕES EXTENSORES. FRATURA DE TÍBIA DISTAL EXPOSTA ESQUERDA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME: PACIENTE COM GRANDE RETRAÇÃO DE PELE EM DORSO MÃO DIREITA COM LIMITAÇÃO DE 75% DE FLEXO EXTENSÃO DE DEDOS +PERDA FORÇA . PRESENÇA DE CICATRIZ EM 1/3 DISTA DE PERNA ESQUERDA COM EDEMA , SEM LIMITAÇÕES MOTORAS

Resultados terapêuticos: TÍBIA TRATADA SÓ COM LIMPEZA E ANTIBIÓTICO, SEM OSTEOSSÍNTESE SUTURA DE TENDÕES EM 09/08/2017 E ALTA NO MESMO DIA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E FISIOTERÁPICO

Sequelas permanentes: Limitação funcional da mão direita

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/01/2018

Conduta mantida:

Observações: Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO



OUTORGANTE:

Jean Claude Von Dome Carvalho Elzeu Silva
 brasileiro(a) estado civil Solteiro profissão Repar. Fan
 CI RG nº 4.002.725
 CPF/MF nº 114.465.507-86 residente e domiciliado(a) à Rua All Redenção nº 695 ILHA do Risco
 Cidade de JOÃO PESSOA Estado PARAIBA
 CEP: 58011-400 telefone 988677017, 982337489-83-99342-1170

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

12 JAN. 2018

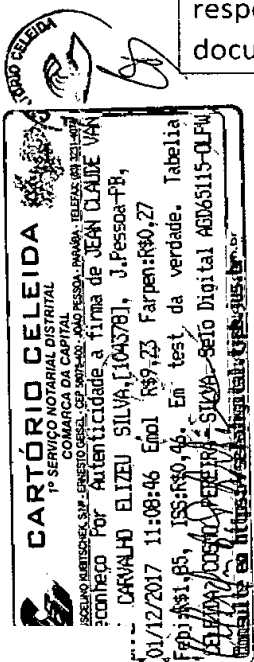
PROTOCOLO
 AO. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 03 de dezembro de 2017.



Jean Claude Von Dome Carvalho Elzeu Silva

OUTORGANTE



20



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 10ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08248862320188152001

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 **JEAN CLAUDE VAN DAME CARVALHO ELIZEU 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 parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 7.087,50 (sete mil e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidirá a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 24 de março de 2021.

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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 26/03/2021 11:38:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21032611381695600000039188433>
Número do documento: 21032611381695600000039188433