



Número: **0801982-98.2019.8.15.0311**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Princesa Isabel**

Última distribuição : **29/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---|---|
| GERALDO MOISES DE ARRUDA (AUTOR) | HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO) |
| MARCELO NUNES ALVES DE SOUSA (TERCEIRO INTERESSADO) | |

| Documentos | | | |
|------------|--------------------|--|-------------------|
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 36644 494 | 13/11/2020 15:51 | <u>Petição</u> | Petição |
| 36644 495 | 13/11/2020 15:51 | <u>2728901_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_03</u> | Outros Documentos |
| 36644 496 | 13/11/2020 15:51 | <u>2728901_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u> | Outros Documentos |
| 36644 497 | 13/11/2020 15:51 | <u>2728901_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u> | Outros Documentos |
| 36642 309 | 13/11/2020 15:02 | <u>Petição</u> | Petição |
| 36642 313 | 13/11/2020 15:02 | <u>Manifestação de Laudo Pericial - Geraldo Moises de Arruda</u> | Outros Documentos |

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 15:51:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111315515118300000034980268>
Número do documento: 20111315515118300000034980268

Num. 36644494 - Pág. 1

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JAILDO DE LIMA PEREIRA,

RG nº 19 03 563, data de expedição / /,

Órgão SSP / PB, portador do CPF nº 046.386.644-40, com
domicílio na cidade de MANAIARA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA DA CAIXA D'ÁGUA - CENTRO, nº 5/N,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima GERALDO MOÍSES DE ARRUDA, cujo o condutor era JAILDO DE LIMA PEREIRA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 125 FAN KS

Ano: 2012 / 2013

Placa: OPA 6345

Chassi: 9C2JCH110CR588439

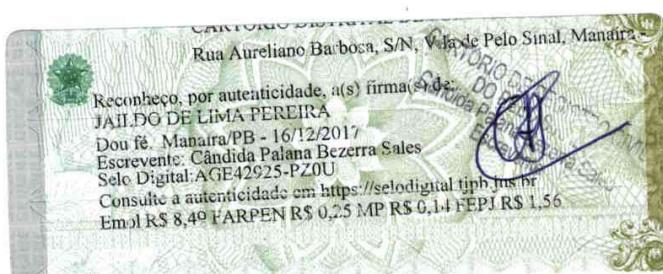
Data do Acidente: 16/08/2017

Local e Data: MANAIARA - PB 16/12/2017

Jaildo de Lima Pereira

Assinatura do Declarante

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



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, a ficha original do (a) paciente **GERALDO MOISES DE ARRUDA** portador (a) do RG 2130800 SSP-PB, encontra-se em nossos arquivos neste Hospital Regional de Princesa Isabel.

Ficha de Atendimento Ambulatorial referente ao dia **16/08/2017**.

Princesa Isabel-PB, 06 de junho 2018.


EDISIO FRANCISCO DA SILVA
Diretor Geral
Mat.184.461-0



ALAMÉDA DAS ACÁCIAS, Nº 1444 –
ALTO DO CASCAVEL -PRINCESA ISABEL - PB
CEP 58.755-000- CNPJ – 08.778.268/0039-33
FONE: (83) 3457-2585/ 3457-2489



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 15:51:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011131551519990000034980269>
Número do documento: 2011131551519990000034980269

Num. 36644495 - Pág. 3

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, a ficha original do (a) paciente **GERALDO MOISES DE ARRUDA** portador (a) do **RG 2130800 SSP-PB**, encontra-se em nossos arquivos neste Hospital Regional de Princesa Isabel.

Ficha de Atendimento Ambulatorial referente ao dia **17/08/2017**.

Princesa Isabel-PB, 06 de junho 2018.



EDISIO FRANCISCO DA SILVA
Diretor Geral
Mat.184.461-0

ALAMÉDA DAS ACÁCIAS, Nº 1444 –
ALTO DO CASCAVEL -PRINCESA ISABEL - PB
CEP 58.755-000- CNPJ – 08.778.268/0039-33
FONE: (83) 3457-2585/ 3457-2489



NEGO

| SUS HOSPITAL REGIONAL PRINCESA ISABEL Dep. José Peleira Lira FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL | | ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE PRINCESA ISABEL/PB CNPJ: 08.778.268/0039-33 NOME: HOSPITAL REGIONAL PRINCESA ISABEL ENDEREÇO: ALAMEDA DAS ACACIAS, 1444 ALTO CASCAS CIDADE: PRINCESA ISABEL ESTADO: PARAÍBA UF: 25 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-------------------------------------|--|--------------------------------|---------------------------------|--|--------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Atendimento: CONSULTA Paciente: GERALDO MOÍSES DE ARRUDA Francisca Maria dos Santos Moisés Vicente de Arruda 19/01/1968 Idade: 49 Cor: Parda AGRICULTOR(A) Sítio Belém ZONA RURAL MANAIRA - PB - 58995-000 - 2509008 Naturalidade CNS: 127-3698-3140-0009 Reg. Nasc.: Recepção: LINDAURA CPF: Data / Hora: 17/08/2017 09:06:16 Identidade: 2130800 SSP PB Num.: SN Fone: Sexo: M | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CARÁTER DO ATENDIMENTO <input type="checkbox"/> 01 - ELETIVO <input type="checkbox"/> 02 - URGÊNCIA <input type="checkbox"/> 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA <input type="checkbox"/> 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO <input type="checkbox"/> 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PROcedimento Descrição TRAUMA com laringe laringe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO TRAUMA com laringe laringe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO CID-10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">MEDICAÇÃO</th> <th colspan="2">ENCAMINHAMENTO</th> </tr> <tr> <th><input checked="" type="checkbox"/> 1. PRESCRITA</th> <th><input type="checkbox"/> 2. APLICADA</th> <th><input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA</th> <th><input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO</th> <th><input type="checkbox"/> ÓBITO</th> <th><input type="checkbox"/> OUTROS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1. PRESCRITA</td> <td><input type="checkbox"/> 2. APLICADA</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | | | | MEDICAÇÃO | ENCAMINHAMENTO | | <input checked="" type="checkbox"/> 1. PRESCRITA | <input type="checkbox"/> 2. APLICADA | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> ÓBITO | <input type="checkbox"/> OUTROS | <input checked="" type="checkbox"/> 1. PRESCRITA | <input type="checkbox"/> 2. APLICADA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MEDICAÇÃO | ENCAMINHAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> 1. PRESCRITA | <input type="checkbox"/> 2. APLICADA | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | <input type="checkbox"/> ÓBITO | <input type="checkbox"/> OUTROS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1. PRESCRITA | <input type="checkbox"/> 2. APLICADA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO</th> <th colspan="2">ENCAMINHAMENTO</th> </tr> <tr> <th><input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA</th> <th><input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 -</td> <td>0</td> <td>3</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>0</td> <td>6</td> <td>0</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>2 -</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 -</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO | ENCAMINHAMENTO | | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | 1 - | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 6 | 0 | 0 | 2 | 9 | 2 - | | | | | | | | | | | 3 - | | | | | | | | | | |
| SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO | ENCAMINHAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA | <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 - | 0 | 3 | 0 | 1 | 0 | 6 | 0 | 0 | 2 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Médico / Crm / Cns ALAN MOURA - 8495 - 258-9845-5545 ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos CBO Polgar Direito | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo CPF: 84.481.564-69 SUS: 124 5886 9345 0009 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que, a ficha original do (a) paciente **GERALDO MOISES DE ARRUDA**, portador (a) do RG de nº **2.130.800 SSP/PB** encontra-se em nossos arquivos neste Hospital Regional de Princesa Isabel.

Ficha de Atendimento Ambulatorial referente ao mês de **AGOSTO/2017**.

Princesa Isabel-PB, 19 setembro de 2017.

Pr. Edisio Francisco da Silva
EDISIO FRANCISCO DA SILVA
Diretor Geral
Mat.184.461-0



ALAMÉDA DAS ACÁCIAS, Nº 1444 –
ALTO DO CASCAVEL -PRINCESA ISABEL - PB
CEP 58.755-000- CNPJ – 08.778.268/0039-33
FONE: (83) 3457-2585/ 3457-2489





RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: Ervaldo Morey Andrade

Draulino -

→ Draulino que me deu

12.02.17. às 09:06h, Andrade
meveu me consultou no
HRPI, paciente entrou de moto
deixa de moto meus 3 dias,
apresentando edema periorbitário
D. (toracotomia) + Epistaxis nasal
bem com dor lateral. Após
medicação medicamentosa analgésica
e prevenção de sangramento, com
controle, encaminhado

P/ cirurgia. (Cirurgião) (Médico / Carimbo/CRM)

Data: 13/02/17 HD: Fratura UPA 24 HORAS - PRINCESA ISABEL - PB

DR. AILAN MOURA *Maxil. 7*
CIRURGIA ORL/ESTRUTURA





PACIENTE: GERALDO MOISES DE ARRUDA

Data: 24/08/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO

TÉCNICA:

Exame realizado sem a injeção de contraste endovenoso.

ANÁLISE:

Parênquima cerebral com coeficiente de atenuação normal.

Sulcos corticais, fissuras e cisternas encefálicos normais para faixa etária.

Ventrículos laterais e III ventrículo de forma e dimensões preservadas.

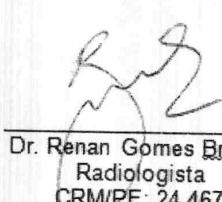
Cerebelo, tronco cerebral e IV ventrículo de configuração anatômica habitual.

Ausência de desvios das estruturas da linha média, coleções, sinais de sangramento recente ou insulto isquêmico.

Fratura das paredes lateral e medial e assoalho da órbita direita, sem desvios significativos.

Fratura cominutiva das paredes anterior e lateral do seio maxilar direito, com leve desvio medial de fragmentos da parede lateral.

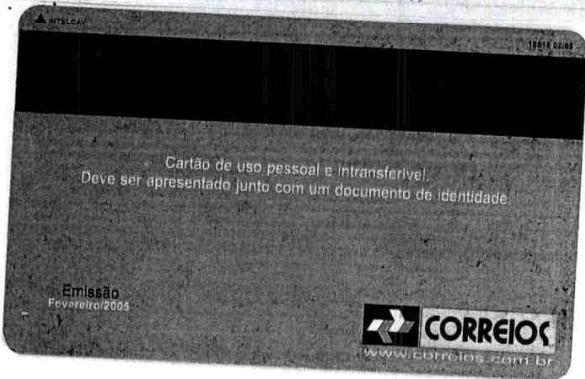
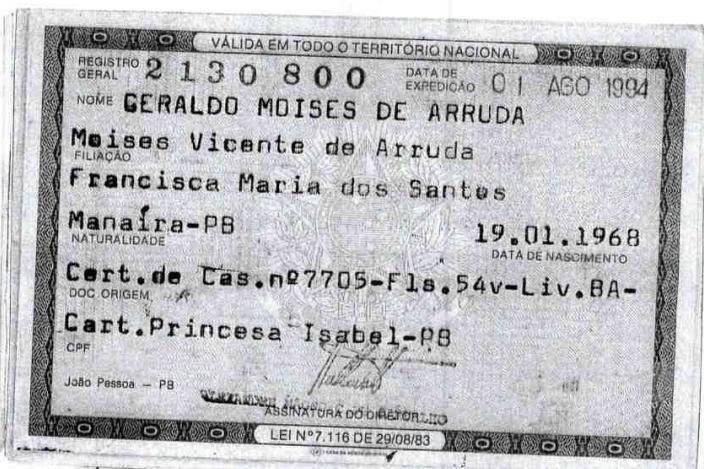
Fratura do arco zigomático direito, sem desvios significativos.

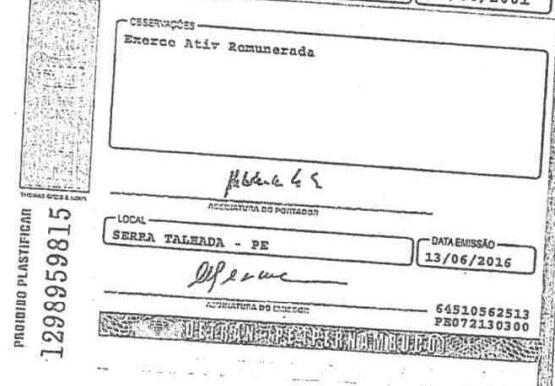

Dr. Renan Gomes Brinzel
Radiologista
CRM/PE: 24.467



OL.552.564-50








REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

| | |
|---|---|
| NOME | |
| JAILDO DE LIMA PEREIRA | |
|  VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1485244696 | DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF 1903563 SSP PB |
| | CPF 046.386.644-40 DATA NASCIMENTO 01/12/1975 |
| FILIAÇÃO | |
| AMADEU MARCOLINO PEREIRA MARIA GENEROSA DE LIMA | |
| PERMISSÃO <input checked="" type="checkbox"/> ACC <input type="checkbox"/> CAT. HAB. AB | |
| N° REGISTRO 03593396033 | VALIDADE 25/09/2022 HABILITAÇÃO 04/10/2007 |
| OBSERVAÇÕES <i>Jaildo de Lima Pereira</i> | |
| ASSINATURA DO PORTADOR SERRA TALHADA, PE | |
| <small>Charles Andrade Souza Ribeiro Diretor Presidente</small> DATA EMISSÃO 26/09/2017 | |
| ASSINATURA DO EMISSOR 12684023580 PE081600682 | |
|  PERNAMBUCO | |

Prop

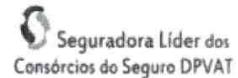
MBM Seguradora S/A

03 L JT 2018

DPVAT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363194/18

Vítima: GERALDO MOISES DE ARRUDA

CPF: 011.552.564-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/08/2017

Titular do CPF: GERALDO MOISES DE ARRUDA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA : 023.679.274-13

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GERALDO MOISES DE ARRUDA : 011.552.564-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/10/2018
Nome: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA
CPF: 023.679.274-13

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2018
Nome: Alessandra Maria Fontes Santos
CPF: 854.573.610-04

ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Alessandra Maria Fontes Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180463245 **Cidade:** Manáira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO MOISES DE ARRUDA **Data do acidente:** 16/08/2017 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO-MAXILAR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180463245 **Cidade:** Manáira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO MOISES DE ARRUDA **Data do acidente:** 16/08/2017 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO/FRATURA COMINUTIVA DAS PAREDES ANTERIOR E LATERAL DO SEIO MAXILAR DIREITO/ÓRBITA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA.

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 |



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: GERLDO MOISES DE ARRUDA, brasileiro(a), casado(a), agricultor(a), portador da Cédula de Identidade nº 2.130.800 SSP/PB, inscrito no CPF/MF sob o nº 011.552.564-50, residente e domiciliado na Sítio Belém, S/N, Zona Rural, Manaíra -PB CEP: 58.995-000.

OUTORGADO: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA, brasileiro(a), divorciado, autônomo, portador(a) do RG 5.023.854, órgão expedidor SSP/PE e do CPF: 023.679.274-13, residente no(a) Rua Agamenon Magalhães, nº 090, centro, Santa Cruz da Baixa Verde – PE, CEP: 56.895-000.

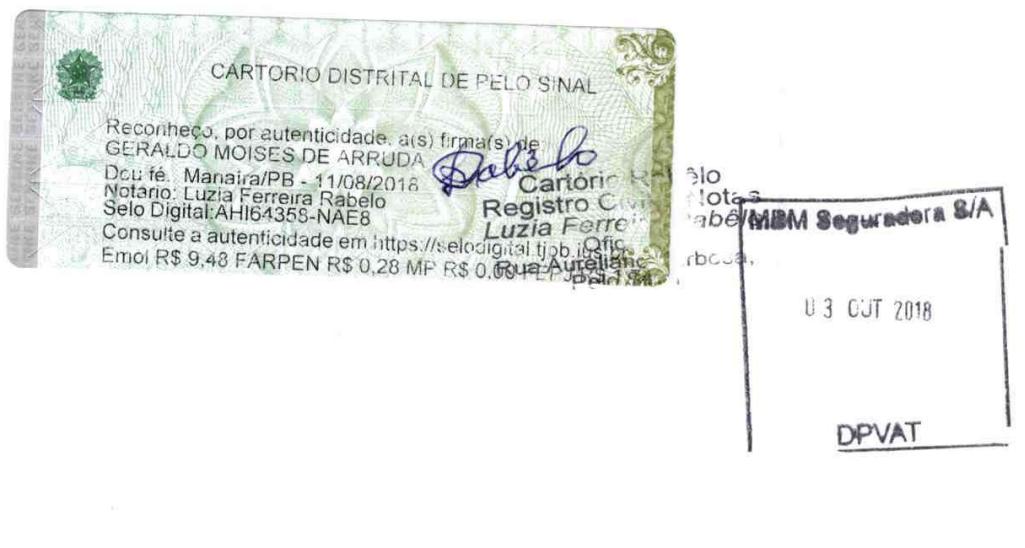
PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT e poderes para assinatura em ficha de autorização de pagamento, crédito de indenização de sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima: GERLDO MOISES DE ARRUDA.

Manaira – PB, 02/08/2018.

Geraldo moises de arruda

outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363194/18

Número do Sinistro: 3180463245

Vítima: GERALDO MOISES DE ARRUDA

CPF: 011.552.564-50

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 16/08/2017

Titular do CPF: GERALDO MOISES DE ARRUDA

DOCUMENTOS ENTREGUES

GERALDO MOISES DE ARRUDA : 011.552.564-50

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/11/2018
Nome: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA
CPF: 023.679.274-13

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2018
Nome: Karine Capilheira da Rosa
CPF: 804.982.560-49

ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Karine Capilheira da Rosa



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 15:51:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111315515199900000034980269>
Número do documento: 20111315515199900000034980269

Num. 36644495 - Pág. 19

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363194/18

Número do Sinistro: 3180463245

Vítima: GERALDO MOISES DE ARRUDA

CPF: 011.552.564-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/08/2017

Titular do CPF: GERALDO MOISES DE ARRUDA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/02/2019
Nome: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA
CPF: 023.679.274-13

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: Karine Capilheira da Rosa
CPF: 804.982.560-49

ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Karine Capilheira da Rosa



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 15:51:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111315515199900000034980269>
Número do documento: 20111315515199900000034980269

Num. 36644495 - Pág. 20

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363194/18

Vítima: GERALDO MOISES DE ARRUDA

CPF: 011.552.564-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/08/2017

Titular do CPF: GERALDO MOISES DE ARRUDA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA : 023.679.274-13

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GERALDO MOISES DE ARRUDA : 011.552.564-50

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/10/2018
Nome: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA
CPF: 023.679.274-13

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2018
Nome: Alessandra Maria Fontes Santos
CPF: 854.573.610-04

ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Alessandra Maria Fontes Santos



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 15:51:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111315515199900000034980269>
Número do documento: 20111315515199900000034980269

Num. 36644495 - Pág. 21

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **GERALDO MOISES DE ARRUDA**

Nº Sinistro: **3180463245**

Vitima: **GERALDO MOISES DE ARRUDA**

Data do Acidente: **16/08/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180463245**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo



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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **GERALDO MOISES DE ARRUDA**

Nº Sinistro: **3180463245**
Vitima: **GERALDO MOISES DE ARRUDA**
Data do Acidente: **16/08/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180463245**.

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**.

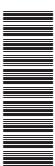
Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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 13438016

00020274




Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180463245

Vítima: GERALDO MOISES DE ARRUDA

Data do Acidente: 16/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GERALDO MOISES DE ARRUDA

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

Pag. 00523/00524 - carta_03 - INVALIDEZ



Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13649023



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 15:51:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111315515199900000034980269>
Número do documento: 20111315515199900000034980269

Num. 36644495 - Pág. 24



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180463245 **Vítima: GERALDO MOISES DE ARRUDA**

Data do Acidente: 16/08/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GERALDO MOISES DE ARRUDA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00533/00534 - carta_04 - INVALIDEZ



00060267

Carta nº 13916170



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 15:51:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111315515199900000034980269>
Número do documento: 20111315515199900000034980269

Num. 36644495 - Pág. 25



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 221206 (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").

| | | |
|---------------------------|------------------|--------------------------|
| Número do Sinistro ou ASL | CPF da Vítima | Nome completo da vítima |
| | 011.552.564 - 50 | GERALDO MOISÉS DE ARRUDA |

| DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL | | | |
|--|--------------------|--|-------------------------|
| Nome completo GERALDO MOISÉS DE ARRUDA | | CPF titular da conta 011.552.564 - 50 | Profissão AGRICULTOR |
| Endereço SITIO BELEM | | Número 51/N | Complemento CASA |
| Bairro ZONA RURAL | Cidade MANAIARA | Estado PB | CEP 58.995 - 000 |
| Email ALEKSON.COMES@GOL.COM.BR | | Telefone (DDD) (87) 98866-8988 | |

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 | | | | | |
|--|-----|--|----------|--|---------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 | |
| <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | | | | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | |
| <input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | | | | |
| AGÊNCIA NRO. 0914 | D/V | CONTA NRO. 59 588 | D/V 9 | AGÊNCIA NRO. | CONTA NRO. |
| (Informar dígito se existir) | | (Informar dígito se existir) | | (Informar dígito se existir) | |
| <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) | | | | | |
| BANCO Nome | | | | | |
| NRO. | | | | | |
| AGÊNCIA NRO. | | | | | |
| D/V | | | | | |
| CONTA NRO. | | | | | |
| D/V | | | | | |

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.

| | |
|---|--|
| MANAIARA - PB, 09 de JULHO de 2018 Local e Data | MBM Seguradora S/A 03 OUT 2018 |
| <u>Quatáce moisés de arruda</u> Campo 1 - Assinatura do Beneficiário | Campo 2 - Assinatura do Representante Legal DPVAT |





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 221206 (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").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

011.552.564-50

Nome completo da vítima

GERALDO MOISES DE ARRUDA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

GERALDO MOISES DE ARRUDA

CPF titular da conta

011.552.564-50

Profissão

AGRICULTOR

Endereço

SITIO BELA VISTA

Número

S/N

Complemento

CASA

Bairro

ZONA RURAL

Estado

PB

CEP

58.995-000

Email

ALEXSONGOMES@BOL.COM.BR

Telefone (DDD)

(87) 988668988

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

RECUZO 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)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

0914

D/V

CONTA

NRO.

59588

D/V

9

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome _____ NRO. _____

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(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.

MBM SEGURADORA

28 NOV 2018

MAMANINA-PB, 22 de OUTUBRO de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 15:51:53
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011131551519990000034980269

Número do documento: 2011131551519990000034980269

Num. 36644495 - Pág. 27



CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

282-720718152-4

09/OUT/2018 HORA DF 14:48:34

LOT: 15.014818-6 TERM: 018336
LOCALIDADE: SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE
AG. VINCULADA: 0914 CONTROLE: 182839965

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0914 013 00059588-9

GERALDO MOISES DE ARRUDA

VALOR : 5,00

DEPOSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISAO
DO CREDITO NA CONTA E DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

282-720718152-4

1ª VIA



MRM SEGURADORA
28 NOV 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 15:51:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111315515199900000034980269>
Número do documento: 20111315515199900000034980269

Num. 36644495 - Pág. 28



**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
5ª DELEGIACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGIACIA DE POLÍCIA CIVIL DE MANAÍRA – PB**

CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão do meu Ofício e a Requerimento Verbal de pessoa interessada que, revendo neste Cartório policial o livro de Registro de ocorrência nº 001/2016 nele encontre o Registro nº 066/2018, Cujo Teor passo agora a transcrever na entrega: AOS 09 DIAS DO MÊS DE Julho DO ANO DE 2018 NESTA CIDADE DE MANAIRA ESTADO DA PARAIBA E NA (O) DELEGACIA DE Polícia Civil Local, PRESENTE A AUTORIDADE POLICIAL Gutenberg José da Costa Marques Cabral, COMIGO, ESCRIVÃ (O) DE POLICIA DO SEU CARGO, NO FINAL ASSINADO (A), E DECLARADO (A), AI, POR VOLTA DAS 08: h 00min COMPARCEU GERALDO MOISES DE ARRUDA COM 50 ANOS DE IDADE: NACIONALIDADE: Brasileira; NATURAL DE Manaíra U.F PB FILIAÇÃO; Moises Vicente de Arruda, e de Francisca Maria dos Santos, ESTADO CIVIL: Casado ESCOLARIDADE: Alfabetizado PROFISSÃO/OCUPAÇÃO Agricultor DOC. DE IDENTIDADE: 213.0800 ORGÃO EXPEDIDOR: SSP/PB DATA DE EXPEDIÇÃO: 01/08/1994 CPF: 011.552.564-50 Residente: No Sítio Belém Bairro Zona Rural Cidade: Manaíra UF PB COM ENDEREÇO PROFISSIONAL: E FEZ O SEGUINTE REGISTRO: O qual fez a seguinte Ocorrência, Que no dia 16/08/2017, foi vitima de um acidente automobilístico, por volta das 16: h 00min quando trafegava na Garupa de uma Moto Honda/CG 125,FAN KS, ano e modelo 2012, cor vermelha, placa OFA6345/PB, Chassi de Nº 9C2JC4110CR588439, a referida Moto acima citada encontrasse em nome do senhor Jaildo de Lima Pereira, o declarante afirmou aqui nesta delegacia de policia civil local, que o acidente aconteceu na Passagem de um Rio no Sítio Baixio dos Lopes deste Município de Manaíra/PB, a Moto derrapou e o Condutor não conseguiu controlar e o declarante acabou caindo e sofrendo varias lesões, depois foi socorrido por populares que passava pelo o local do acidente para o Hospital Regional Dep. José Pereira Lima, que fica localizado na Cidade de Princesa Isabel/PB, a onde o declarante foi atendido, e nada mas disse e não lhe foi perguntado, a presente certidão é verdadeira e dou fé. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**TERMO DE RESPONSABILIDADE: DECLARO ASSUMIR INTEIRA
RESPONSABILIDADE CIVIL E CRIMINAL** referente ao registro de ocorrência supra que deu origem a presente certidão (Art.229 do CPB) falsidade ideológica – reclusão de 01 (um) a 05 (cinco) anos

Obs. Esse documento não substitui o original, é valido somente para obtenção de segunda via na sua repartição de origem onde tem validade por trinta dias.

~~Severiano Ribeiro Lourençino~~
Escrivão de Polícia
AP-HOC
MAT.: 132.148-8

Delegacia de Polícia
Civil de Manaíra - PB

Manaira-PB Em 09 de Julho 201





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

GERALDO MOISES DE ARRUDA

CPF da Vítima

011.552.564-50

Data do Acidente

16/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

CPF do Representante legal

023.679.274-13

Email

ALECKSON.GOMES@BOL.COM.BR

Telefone (DDD)

(87) 98866-8988

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.

MBM Seguradora S/A

03/07/2018

MANAIKA - PB, 09 de JULHO de 2018

Local e Data

DPVAT

X Geraldo Moises de Arruda

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 15:51:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011131551519990000034980269>
Número do documento: 2011131551519990000034980269

Núm. 36644495 - Pág. 31

GERALDO MOISES DE ARRUDA
LOC BALEM, S/N - AREA RURAL
MANAIA / PB CEP: 58985000 (AG: 185)



Emissao: 26/05/2018 Referencia: Mai / 2018
Classe/Subcls: RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONTE SÁICO B120, Km.25- Cristo Redentor-João Pessoa/PB-CEP 58071-690
Roteiro: 16 - 99-483- 5170 N° medidor: 00000758896

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ 09.095.193/0001-40 Insc Est 16.015.823-0
Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica N°007.207.359
Céd. para Déb. Automático: 00008716102

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

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|-------------------------|
| Mai / 2018 | 28/05/2018 | 27/06/2018 | 1155256450 Insc Est: |

UC (Unidade Consumidora): 5/871610-2

Canal de contato

- Informamos a não efetuação da leitura por impedimento de acesso a sua unidade, resultando no faturamento pela média. Eventual diferença será compensada no próximo faturamento. Recomendamos a necessidade de desimpedir o acesso ao local de medida. Tais Persis- tindo o impedimento o faturamento poderá ser suspenso após três dias da apresentação desta fatura (Art. 171 Res.414 ANEEL).

- TSEEE - Técnica de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.
Baixe o aplicativo Energisa ON em qualquer smartphone ou tablet. Você terá acesso à segunda via da conta, mudança de titularidade, informações sobre falta de energia e diversos outros serviços. Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite essas facilidades.

| Anterior | Atual | | Constante | Consumo | Dias |
|-------------------------------|---------------------------|------------|-----------|-----------------|---|
| | Data | Léitura | | | |
| 28/04/18 | 8086 | 28/05/18 | 8129 | 1 | 43 |
| Demonstrativo | | | | | |
| CCI | Descrição | Quantidade | Tarifa(C) | Valor Base Calc | Aliq. Icms(R\$) Icms(R\$) Base Calc Pd(R\$) Cofins(R\$) |
| | | | | | Tributos Total(R\$) Icms(R\$) Icms(R\$) Pd/Cofins(R\$) (0,8193%) (2,852%) |
| 0601 | Consumo até 30kWh-BR | 30,000 | 0,175590 | 5,26 | 0,00 0,00, 5,26 0,03 0,15 |
| 0601 | Consumo - 31 a 100kWh-BR | 13,000 | 0,301020 | 3,91 | 0,00 0,00, 3,91 0,02 0,11 |
| 0601 | Adic. B. Amarela | | | 0,18 | 0,00 0,00, 0,18 0,00 0,00 |
| 0610 | Subsídio | 13,09 | 0,00 | 0,00 | 13,09 0,08 0,37 |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | |
| 0999 | DEBITO COMPENSADO 04/2018 | | | 8,10 | 0,00 0,00, 0,00 0,00 0,00 |
| 0988 | Devolução Subsídio | | | -12,64 | 0,00 0,00, 0,00 0,00 0,00 |

CCI: Código de Classificação do Item TOTAL: 17,88 0,00 0,00 22,42 0,13 0,63

Média últimos meses (kWh) 43 VENCIMENTO 05/06/2018 TOTAL A PAGAR R\$ 17,88

Histórico de Consumo (kWh)
37 | 38 | 34 | 39 | 40 | 44 | 55 | 40 | 59 | 46 | 41 | 37
Maio/17 Jun/17 Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18

RESERVADO A 0926.0df9.a274.b498.ec31.5ca5.b66b.1dad.

| 3/2018-Princesa Isabel | | | Composição do Orçamento | | |
|--------------------------|---------|----------------------|-------------------------|-------------|--------|
| Indicadores de Qualidade | | | Discriminação | Valor (R\$) | % |
| Límites da ANEEL | Apurado | Límite de Tensão (V) | | | |
| DIC MENSAL | 26,34 | 0,00 | NOMINAL | 220 | |
| DIC TRIMESTRAL | 26,34 | | | | |
| DIC ANUAL | 62,69 | | | | |
| FIC MENSAL | 7,87 | 0,00 | CONTRATADA | | |
| FIC TRIMESTRAL | 15,94 | | LÍMITE INFERIOR | 202 | |
| FIC ANUAL | 31,88 | | LÍMITE SUPERIOR | 231 | |
| DMC | 7,20 | 0,00 | | | |
| DICRI | 16,60 | | | | |
| Total | | | | 17,88 | 100,00 |

Valor do EUSD (Ref 3/2018) R\$4,35

| ATENÇÃO | | Faturas em atraso | |
|---|--|-------------------|--|
| - Sua unidade foi faturada como descontada, tendo um desconto de R\$12,64 | | | |
| - Imóvel fechado sem acesso ao medidor. Faturado pela média | | | |

MBM Seguradora S/A

03 OUT 2018

DPVAT





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
 Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.932/0001-16 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 ALECSON LEANDRO GOMES SILVA ME

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA AGAMENON MAGALHÃES 90

CNPJ: 02.881.710/0001-01

CLASSIFICAÇÃO
 B3 COMERCIAL
 COMERCIAL
 Trifásico

CENTRO/SANTA CRUZ BAIXA VERDE
 SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE PE
 56895-000

| CONTA CONTRATO | | MÊS/ANO |
|---------------------|-------------------------------|---------|
| 2231676026 | | 04/2017 |
| DATA DE VENCIMENTO | DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA | |
| 24/04/2017 | 15/05/2017 | |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | | 921,63 |

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|--|--------------|-------------|-------------|
| Consumo Ativo(kWh) | 1.355.000000 | 0,56396113 | 784,15 |
| Consumo Reativo Excedente(kVArh) | 0,000000 | 0,27415072 | 0,00 |
| Acréscimo Bandeira AMARELA | | | 19,97 |
| Acréscimo Bandeira VERMELHA | | | 25,97 |
| Contribuição Iluminação Pública | | | 76,15 |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 001749488-18/01/17 | | | 7,84 |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 001933494-14/02/17 | | | 7,15 |
| Multa por atraso-NF 001736600 - 18/03/17 | | | 18,28 |
| Juros por atraso-NF 001736600 - 18/03/17 | | | 3,34 |

TOTAL DA FATURA

921,63

| DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL | | | | | | | |
|--|----------------|------------|-----------|------------|-----------|---------|------------|
| Nº DO MEDIADOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR | DATA | LEITURA | ATUAL | LEITURA | Nº DE DIAS |
| 3150172160 | CAT | 16-03-2017 | 26.563,00 | 13-04-2017 | 27.934,00 | 28 | 1.000000 |
| 3150172160 | CRT | 16-03-2017 | 22.497,00 | 13-04-2017 | 23.874,00 | 28 | 1.000000 |

| HISTÓRICO DE CONSUMO | | INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS | | COMPOSIÇÃO DO CONSUMO | |
|----------------------|------|-------------------------|-------|-----------------------|--|
| Mês/Ano | kWh | BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPÔSTO | |
| ABR 17 | 1355 | R\$10,09 | 25,00 | R\$202,52 | |
| MAR 17 | 1461 | R\$10,09 | 0,42 | 3,40 | |
| FEV 17 | 1468 | R\$10,09 | 1,93 | 15,83 | |
| JAN 17 | 1574 | | | | |
| DEZ 16 | 1656 | | | | |
| NOV 16 | 1501 | | | | |
| OUT 16 | 1531 | | | | |
| SEI 16 | 1264 | | | | |
| AGO 16 | 1291 | | | | |
| JUL 16 | 1272 | | | | |
| JUN 16 | 1348 | | | | |
| MAI 16 | 1429 | | | | |
| ABR 16 | 1348 | | | | |

Consumo Ativo(kWh) TARIFAS APLICADAS
 Consumo Reativo Excedente(kVArh) 0,40971050
 0,19991050

RÉSERVADO AO FISCO

F0CD.F413.741A.D587.1C06.B0DA.EEA8.C886

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

De 1 a 30/04, tarifa de consumo reduzida em R\$0,0572/kWh (Ainda tributos e descontos) para revertêr a previsão do Encargo de Interesse a Usina Angra II (REB/2214/17). Esse valor é válido para as informações: www.aneel.gov.br da data de Decreto Estadual 36.469/13. O cliente deve pagar a tarifa de consumo individualizada pelo CDE, conforme fornecido. Pagamento em atraso gera Multa 2% (Res. 414/ANEEL/09/09/10) e Juros 1% m (Lei 10.438-28/04/02), no prazo de 30 dias. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo de fatura para os pagamentos de atendimento comercial. Valor de Poltrona Médio = 0,75.

Nós, residentes de 2016, e
 anexo anterior, Esta declaração
 subscrito, para comprovar o
 cumprimento das obrigações do
 consumidor, as qualificações dos
 faturamento, as quais se sujeitam
 à Lei 12.007/09. Esta declaração
 não abrange débitos
 para comprovar a regularidade de
 débitos nem faltas em discussão
 judicial que poderão ser
 conhecidas após o fim do processo
 judicial.

MBM Seguradora S/A

03 OUT 2018

DPVAT

| DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES | | NÍVEIS DE TENSÃO | | | | | | |
|---------------------------------------|---------------------------|------------------|----------------------|-----------------|-----------------------|------------------------|--------|--------|
| CONJUNTO | VALOR APURADO Fev/2017 | LIMITE MENSAL | LIMITE TRIMESTRAL | LIMITE ANUAL | TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) | MÍNIMO | MÁXIMO |
| SERRA TALHADA | 1,81 | 5,43 | 10,06 | 21,73 | 220 | 202 | 231 | |
| FIC | 3,00 | 3,36 | 6,72 | 13,16 | 380 | 350 | 398 | |
| DMIC | 1,02 | 3,11 | 0,0 | 0,00 | | | | |

Límite DCR: 12,22 EU3D - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 265,28

| CONTA CONTRATO | MÊS/ANO | DATA DE VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|----------------|---------|--------------------|---------------------|
| 2231676026 | 04/2017 | 24/04/2017 | 921,63 |

83890000009-9 213630011002-1 23167602610-1 07486263483-4





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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ALECKSON LEANDRO GOMES, DASILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 023.679.274 / 13, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GERALDO MOLSES DE ARRUDA inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.552.564 / 50, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GERALDO MOLSES DE ARRUDA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.552.564 / 50, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

| | | |
|---|--|--|
| Endereço <u>RUA ABAMENON MAGALHÃES</u> | Número <u>30</u> | Complemento <u>APTO. 2º ANDAR</u> |
| Bairro <u>CENTRO</u> | Cidade <u>SANTA CRUZ DA BAIXA CRD</u> | Estado <u>PE</u> |
| Email <u>ALECKSONGOMES@BOL.COM.BR</u> | Telefone comercial DDD <u>(81) 99970-9666</u> | Telefone celular (DDD) <u>(81) 98866 8988</u> |

SANTA CRUZ B.V. 30 de 16 OUSTO de 2018
Local e Data

Suelio L. L. L.

Assinatura do Declarante

MBM Seguradora S/A

03 OUT 2018

DPVAT

DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 15:51:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111315515199900000034980269>
Número do documento: 20111315515199900000034980269

Num. 36644495 - Pág. 34

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180463245 **Cidade:** Manáira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO MOISES DE ARRUDA **Data do acidente:** 16/08/2017 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO-MAXILAR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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 |



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180463245 **Cidade:** Manáira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO MOISES DE ARRUDA **Data do acidente:** 16/08/2017 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO DIREITO/FRATURA COMINUTIVA DAS PAREDES ANTERIOR E LATERAL DO SEIO MAXILAR DIREITO/ÓRBITA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÉUTICA.

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 |





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE PRINCESA ISABEL/PB

Processo: 08019829820198150311

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 **GERALDO MOISES DE ARRUDA**, em trâmite perante este Duto 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 inexiste 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.

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 15:51:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111315515435000000034980271>
Número do documento: 20111315515435000000034980271

Num. 36644497 - Pág. 1

Frise-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 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,

PRINCESA ISABEL, 11 de novembro 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 - 13/11/2020 15:51:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011131551543500000034980271>
Número do documento: 2011131551543500000034980271

Num. 36644497 - Pág. 2

Manifestação Laudo Pericial em anexo



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 13/11/2020 15:02:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111315020655700000034978329>
Número do documento: 20111315020655700000034978329

Num. 36642309 - Pág. 1



AO JUÍZO DE DIREITO DA 1ª VARA MISTA DA COMARCA DE PRINCESA ISABEL/PB.

PROCESSO N° 0801982-98.2019.8.15.0311

AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO “DPVAT”

GERALDO MOISES DE ARRUDA, já devidamente qualificado nos autos do processo em epígrafe, seu procurador *infra-assinado*, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, **MANIFESTAR** suas razões acerca do **LAUDO PERICIAL** dos autos, expondo e requerendo o que se segue:

1. DO SEGURO OBRIGATÓRIO – DO QUANTUM INDENIZATÓRIO DEVIDO.

A ação versa sobre o pagamento complementar da indenização de seguro obrigatório DPVAT decorrente de acidente de trânsito sofrido pela parte Autora.

O DPVAT é o seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres criado pela Lei nº 6.194/74, com o fim de amparar as vítimas de acidente de trânsito em todo território nacional, e prevê indenizações em caso de morte, invalidez permanente, total ou parcial, além de despesas de assistência médica e suplementares.

Nesse contexto, cumpre observar o atual comando do art. 3º, inciso II e § 1º, da Lei nº 6.194/74, que estabeleceu que o valor da indenização deve ser proporcional ao grau da debilidade suportada pela parte beneficiária em virtude do acidente automotor.

Então, colocou-se um ponto final na controvérsia sobre a necessidade ou possibilidade da graduação da invalidez permanente, pois ficou estabelecido, com a alteração na redação do art. 3º, da Lei nº 6.194/74 promovida pela Lei nº 11.945/2009, novos critérios para pagamento da indenização por invalidez permanente devido pelo Seguro DPVAT.

Assim, está previsto em Lei graus diferenciados de invalidez permanente, classifica em total ou parcial, está última subdividida em completa e incompleta, assim como inseriu tabela para disciplinar os percentuais das perdas à cobertura securitária, de acordo com a respectiva repercussão da lesão.

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO - 13/11/2020 15:02:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111315021074700000034978333>
Número do documento: 20111315021074700000034978333

Num. 36642313 - Pág. 1



Pois bem, na hipótese dos autos, importa observar que se aplica a Lei nº 6.194/74 com as alterações posteriores, haja vista que o acidente automobilístico que vitimou a parte Autora ocorreu após as mudanças da legislação em comento.

No caso, **REALIZADA PROVA TÉCNICA**, o **PERITO constatou e atestou positivamente no Laudo Pericial**, que o **paciente sofreu LESÃO COMPLETA CRÂNIO-FACIAIS (100%)**, que não são reversíveis.

Desta feita, conclui-se, a partir da perícia médica confeccionada, que a parte Autora está inválido permanentemente, o que determina a incidência da regra esculpida no art. 3º, inciso II, da Lei nº 6.194/74, in verbis:

"Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada: (Redação dada pela Lei nº 11.945, de 2009). (Produção de efeitos).

(...); II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e (Incluído pela Lei nº 11.482, de 2007); (...)

Sendo assim, no caso de invalidez permanente, têm-se que o quantum indenizatório, cujo teto é R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), deve ser estabelecido de acordo com a extensão das lesões sofridas e do grau da invalidez que acomete o beneficiário.

Com efeito, a invalidez da parte Autora (segurado) restou enquadrada no quesito **"Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais", cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízo funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer espécie, desde que haja comprometimento de função vital"** que estabelece indenização no percentual de **100% do valor máximo, ou seja, R\$ 13.500,00 no caso de lesão completa.**

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO - 13/11/2020 15:02:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111315021074700000034978333>
Número do documento: 20111315021074700000034978333

Num. 36642313 - Pág. 2



Assim, considerando tal realidade, tem-se a seguinte equação:

| MEMBRO LESIONADO | PERCENTUAL DESCRITO NA TABELA | GRAU DE REPERCUSSÃO FUNCIONAL APONTADO PELA PERÍCIA | VALOR DA INDENIZAÇÃO |
|------------------------------|--|--|----------------------|
| Lesões Crânio-Faciais | 100% (R\$13.500,00 x 100% = R\$13.500,00) | 100% (LESÃO COMPLETA) 100% (R\$13.500,00 x 100% = R\$13.500,00) | R\$13.500,00 |

Portanto, considerando-se a lesão descrita e constatada pela prova técnica dos autos, a extensão e o grau da invalidez, bem como a respectiva quantificação estabelecida pela Tabela inserida na Lei nº 6.194/74, é de se concluir que a parte Autora faz jus a importânciade **R\$ 13.500,00** (treze mil e quinhentos reais), atinentes a Lesão Crânio-Facial, tendo em vista que teve seu pedido negado na via administrativa.

2. DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS.

É bem sabido que os honorários advocatícios, quando arbitrados, devem sê-lo levando em consideração a dignidade do exercício da advocacia, bem como de forma a compensar o profissional em seus dispêndios, sejam estes financeiros ou intelectuais, arcados para o deslinde da ação.

Nesse sentido foi que, em voto proferido no **RESP nº 2.870-MS**, o Ministro **Athos Carneiro** teceu as seguintes considerações:

“(…) A verba honorária destina-se a remunerar condignamente o profissional da advocacia, ou a compensar a parte pela despesa que esta já arcou com o antecipado pagamento dos honorários ao seu procurador. Ora, tanto o pagamento como o reembolso devem ser efetivos, isto é, realizados mediante quantia que tenha uma significação econômica atual e não meramente simbólica”. (Grifamos)





De igual modo, peço vênia para transcrever os seguintes precedentes, observe-se:

STJ:

“EMENTA: **HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS.** FAZENDA PÚBLICA. VALOR IRRISÓRIO A Seção, por maioria, conheceu dos embargos mas, no mérito, negou-lhes provimento, ao entendimento de que, nas causas em que a Fazenda Pública for vencida, **os honorários de advogado não podem ser fixados em valores irrisórios ou excessivos, do que os percentuais estabelecidos no art. 20, § 3º, do CPC. Outrossim, é perfeitamente possível fixar a verba honorária entre o mínimo de 10% e o máximo de 20%**, mesmo fazendo incidir o § 4º do mencionado artigo (apreciação eqüitativa). No caso, incabível a redução dos **honorários** de 10% para 1% do valor da condenação, ao argumento de que, nas ações de desapropriação indireta, o maior trabalho é do perito, em depreciação ao trabalho do profissional de Direito. Precedentes citados: REsp 329.498-SP, DJ 22/4/2002; REsp 233.647-DF, DJ 25/2/2002; REsp 282.275-RJ, DJ 29/10/2001, e REsp 279.019-SP, DJ 28/5/2001.” (STJ – Superior Tribunal de Justiça – REsp 264.740-PR, Rel. Min. José Delgado, julgados em 10/11/2004) (grifos nossos)

TJPB:

ACÓRDÃO.

Apelação Cível nº 0800021-30.2016.815.0311

Apelante: Fabiana Alves dos Santos

Apelada: Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT. PROCEDÊNCIA PARCIAL DO PEDIDO. SUBLEVAÇÃO DA PARTE AUTORA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. INTERNTO DE MAJORAÇÃO. PRINCÍPIOS DA PROPORCIONALIDADE E RAZOABILIDADE. NÃO ATENDIMENTO. APLICAÇÃO DOS DITAMES DO ART. 85, §8º, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. PROVIMENTO.

- De acordo com o art. 85, §8º, do Código de Processo Civil, “Nas causas em que for inestimável ou irrisório o proveito econômico ou, ainda, quando o valor da causa for muito baixo, o juiz fixará o valor dos honorários por apreciação equitativa, observando o disposto nos índices do §2º.

- Na fixação da verba honorária, devem ser observados o grau de

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO - 13/11/2020 15:02:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111315021074700000034978333>
Número do documento: 20111315021074700000034978333

Num. 36642313 - Pág. 4

zelo do profissional, o lugar da prestação do serviço, a natureza e a importância da causa, o trabalho realizado pelo advogado, bem como o tempo despendido na sua realização.

- Não se tendo, na espécie, observando-se essa diretriz legal, é de se dar provimento à apelação, para que não reste desprestigiado o trabalho profissional executado. VISTOS, relatados e discutidos os presentes autos. ACORDA a Quarta Câmara Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba, por unanimidade, prover o recurso. "TJPB - 25.02.2019)

"APELACÕES. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. ACIDENTE DE TRÂNSITO. MOTONETA. ALEGAÇÃO DE AUSÊNCIA DE NEXO DE CAUSALIDADE. PAGAMENTO ADMINISTRATIVO REALIZADO. DEMANDA QUE BUSCA APENAS A MAJORAÇÃO DA VERBA. AUSÊNCIA DE DÚVIDAS QUANTO AO DEVER DE INDENIZAR. RECURSO QUE SE ATÉM APENAS AO REFERIDO ASPECTO. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. FIXAÇÃO EM PATAMAR VIL. MAJORAÇÃO NECESSÁRIA. SUCUMBÊNCIA RECÍPROCA. INEXISTÊNCIA. PROVIMENTO DO RECURSO DO AUTOR E DESPROVIMENTO DA APELAÇÃO DO RÉU.

- Tendo a seguradora efetuado o pagamento administrativo da indenização do Seguro DPVAT, releva-se infrutífera a discussão sobre referida obrigação, na medida em que, ao deferir parcialmente a pretensão na via administrativa, a seguradora recorrente reconhece que estão presentes os requisitos para o recebimento da indenização.
- Considerando o valor da condenação – R\$ R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais), correspondente à complementação do valor pago administrativamente, **a fixação da referida verba em termos percentuais, invariavelmente, torna insignificante a remuneração. Neste cenário, tem aplicação o § 8º do art. 85, cujo conteúdo prevê que "nas causas em que for inestimável ou irrisório o proveito econômico ou, ainda, quando o valor da causa for muito baixo, o juiz fixará o valor dos honorários por apreciação equitativa, observando o disposto nos incisos do § 2º".**

- No que se refere à suposta sucumbência recíproca, há de se considerar que "na demanda que se pretende o recebimento da indenização do seguro DPVAT, o valor expresso na inicial é meramente indicativo, sem qualquer repercussão na providência jurisdicional afeita ao enquadramento da situação fática à tabela legal de valores, razão pela qual a condenação da seguradora em montante inferior não configura sucumbência do autor"1. VISTOS, relatados e discutidos estes autos, em que figuram como partes as acima nominadas. ACORDA a Quarta Câmara Especializada Cível do Egrégio Tribunal de Justiça do Estado da Paraíba, por unanimidade, dar provimento ao recurso do autor e negar provimento ao recurso do réu, integrando a decisão a certidão de julgamento constante dos



autos. (Apelação Cível nº 0800026-52.2016.8.15.0311, Quarta Câmara Cível, Des. Relator João Alves da Silva, Data do Julgamento: 11 de Fevereiro de 2020). (Grifos).

“APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO – DPVAT. PROCEDÊNCIA PARCIAL DO PEDIDO. SUBLEVAÇÃO DA PARTE AUTORA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS. INTENTO DE MAJORAÇÃO. PRINCÍPIOS DA PROPORCIONALIDADE E RAZOABILIDADE. NÃO ATENDIMENTO. APLICAÇÃO DOS DITAMES DO ART. 85, §8º, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. PROVIMENTO.

-De acordo com o art. 85, §8º do Código de Processo Civil, “Nas causas em que for inestimável ou irrisório o proveito econômico ou, ainda, quando o valor da causa for muito baixo, o juiz fixará o valor dos honorários por apreciação equitativa, observando o disposto nos incisos do §2º.

-Na fixação da verba honorária, devem ser observados o grau de zelo do profissional, o lugar da prestação do serviço, a natureza e a importância da causa, o trabalho realizado pelo advogado, bem como o tempo despendido na sua realização.

-Não se tendo na espécie, observado-se essa diretriz legal, é de se dar provimento à apelação, para que não reste desprestigiado o trabalho profissional executado. Vistos, relatados e discutidos os presentes autos. Acorda a Quarta Câmara Cível do Tribunal de Justiça da Paraíba, por unanimidade, prover o recurso”. (Apelação Cível nº 0800021-30.2016.8.15.0311, Quarta Câmara Cível, Des. Frederico Martinho da Nóbrega Coutinho, Data de Julgamento: 25 de Fevereiro de 2019). (Grifos).

TJPE:

“EMENTA: PROCESSO CIVIL. APELAÇÃO CÍVEL. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS ARBITRADOS EM 10% DA INDENIZAÇÃO (R\$ 843,75). VERBA HONORÁRIA ESTIPULADA EM R\$ 84,37. VALOR ÍNFIMO. AFRONTA À DIGNIDADE DA ADVOCACIA. INCIDÊNCIA DO § 8º do art. 85 do CPC/2015. EXCEPCIONALIDADE. MAJORAÇÃO DO VALOR PARA R\$ 998,00. PARÂMETRO. MONTANTE EQUIVALENTE A UMA CONSULTA ADVOCATÍCIA. RAZOABILIDADE. RECURSO PROVIDO À UNANIMIDADE DE VOTOS. 1 – A verba honorária destina-se a remunerar condignamente o profissional da advocacia, ou a compensar a parte pela despesa que esta já arcou com o antecipado pagamento dos honorários ao seu procurador. Ora, tanto o pagamento como o reembolso devem ser efetivos, isto é, realizados mediante quantia que tenha uma significação econômica atual e não meramente





simbólica; 2 - O § 8º do art. 85 do CPC/2015 se aplica somente quando o valor da causa é muito baixo e, além disso, seja irrisório ou inestimável o proveito econômico experimentado; 3 - Recurso de apelação provido à unanimidade de votos. ACORDAM os Excelentíssimos Senhores Desembargadores integrantes da Egrégia Quarta Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco, à unanimidade de votos, em DAR PROVIMENTO ao recurso de apelação interposto por Marcelo Chavier de Sá, conforme relatório e votos em anexo, devidamente revistos e rubricados, que passam a integrar este julgado". **(Apelação Cível nº 0000428-19.2017.8.17.3370, Quarta Câmara Cível, Des. Eurico de Barros Correia Filho, Data de Julgamento: 08/07/2019).**

"EMENTA: APELAÇÃO CÍVEL – AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT – DEBILIDADE PERMANENTE CAUSADA POR VEÍCULO AUTOMOTOR DE VIA TERRESTRE – SINISTRO OCORRIDO SOB A ÉGIDE DA LEI Nº 11.945/09 – PERÍCIA DEVIDAMENTE REALIZADA – NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE O SINISTRO E AS LESÕES COMPROVADO – HONORÁRIOS MAJORADOS NA FORMA DO ART. 85, §8º, DO CPC – APELO DA SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. DESPROVIDO – APELO DE JOSE ALBERTO SILVESTRE DE LIMA PROVIDO. ACÓRDÃO: Vistos, relatados e discutidos estes autos da Apelação Cível nº N° 0000238-56.2017.8.17.3370, em que figuram como Apelante JOSE ALBERTO SILVESTRE DE LIMA E OUTRO e como parte Apelada SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. E OUTRO, os Senhores Desembargadores componentes da 6ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça de Pernambuco acordam o seguinte: "Por unanimidade, negou-se provimento à apelação da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. e deu-se provimento ao apelo de JOSE ALBERTO SILVESTRE DE LIMA, nos termos do voto do Relator". Tudo de acordo com o relatório, os votos, e o termo de julgamento, que ficam fazendo parte integrante deste julgado". (Apelação Cível nº 0000238-56.2017.8.17.3370, 6ª Câmara Cível, DES. JOSÉ CARLOS PATRIOTA MALTA, Data de Julgamento: 03/05/2019).

TJGO:

"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE DPVAT. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS FIXADOS EM VALOR IRRISÓRIO. APRECIAÇÃO EQUITATIVA. MAJORAÇÃO. Tendo em vista, in casu, o valor irrisório resultante do percentual fixado a título de honorários sobre o valor da

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 13/11/2020 15:02:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111315021074700000034978333>
Número do documento: 20111315021074700000034978333

Num. 36642313 - Pág. 7



condenação, impende aplicar o artigo 85, § 2º, do CPC. Assim, diante do trabalho desenvolvido pelo causídico, bem assim, da simplicidade da causa, hei por bem fixar os honorários advocatícios de sucumbência em 20% (vinte por cento) sobre o valor atualizado da condenação. CORREÇÃO MONETÁRIA PELO INPC. Correta a manutenção do INPC, como fator de correção, por ser este o índice menos gravoso ao devedor, consoante entendimento pacificado por esta eg. Corte. APELAÇÃO CÍVEL CONHECIDA E PROVIDA, EM PARTE".
(TJ-GO - Apelação (CPC): 01173559420178090006, Relator: ROBERTO HORÁCIO DE REZENDE, Data de Julgamento: 04/07/2019, 5ª Câmara Cível, Data de Publicação: DJ de 04/07/2019)

Em sendo assim, conforme o entendimento do **Colendo STJ**, e desta **Egrégia Corte** e outras, a título de equidade, para a condenação, devem ser sopesados, outrossim, os preceitos contidos no § 2º do art. 85 do CPC, mormente no que tange ao zelo profissional, ao lugar da prestação de serviço e à natureza e importância da causa, bem como o trabalho realizado pelo advogado e o tempo correspondente exigido para o seu serviço. Tais são os fatores determinantes pleiteados para o presente, e que demonstram cristalinamente o esforço e o zelo profissional dos advogados.

Além disso, do próprio conceptismo jurídico atrelado à equidade, deve-se destacar que esta traz, em seu bojo, o sentido de equiparação, de justiça!

Deste modo, **REQUER** a Vossa Excelência que seja fixado os **HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS NO PERCENTUAL DE 20% (VINTE POR CENTO) SOBRE O VALOR DA CONDENAÇÃO**, de modo a assegurar a dignidade do profissional, na forma do art. 85, § 2º, do CPC.

3. DOS PEDIDOS.

Dianete do exposto, REQUER a Vossa Excelência a PROCEDÊNCIA DO PRESENTE AÇÃO para:

3.1. Condenar o Réu ao Pagamento da Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT a parte Autora no valor de R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), além de juros de mora de 1% (um por cento) ao mês a partir

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 13/11/2020 15:02:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111315021074700000034978333>
Número do documento: 20111315021074700000034978333

Num. 36642313 - Pág. 8



da citação (Súmula nº 426 STJ) e correção monetária desde a data do evento danoso;

3.2. Condenar o Réu ao Pagamento dos Honorários Advocatícios no Percentual de 20% (vinte por cento) sobre o valor da Condenação, de modo a assegurar a dignidade do profissional, na forma do art. 85, § 2º, do CPC.

**Nestes Termos,
Pede e espera deferimento.**

Princesa Isabel/PB, 13 de Novembro de 2020.

**HAROLDO MAGALHÃES DE CARVALHO
OAB/PE 25.252**

Praça 15 de Novembro, 124, Centro, Triunfo - PE
CEP: 56.870-000 - Fone/Fax: (87) 3846-1036
hmc.advocacia@gmail.com



Assinado eletronicamente por: HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO - 13/11/2020 15:02:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111315021074700000034978333>
Número do documento: 20111315021074700000034978333

Num. 36642313 - Pág. 9