



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	Petição	Petição
36644 495	13/11/2020 15:51	2728901_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_03	Outros Documentos
36644 496	13/11/2020 15:51	2728901_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
36644 497	13/11/2020 15:51	2728901_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos
36642 309	13/11/2020 15:02	Petição	Petição
36642 313	13/11/2020 15:02	Manifestação de Laudo Pericial - Geraldo Moises de Arruda	Outros Documentos

EM ANEXO



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JAILDO DE LIMA PEREIRA,
RG nº 1903563, data de expedição / / ,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 046.386.644-40, com
domicílio na cidade de MANAIRA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA DA CAIXA D'ÁGUA - CENTRO, nº S/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 MOISES DE ARRUDA, cujo o condutor era
JAILDO DE LIMA PEREIRA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 125 FAN RS
Ano: 2012/2017
Placa: OPA 6345
Chassi: 9C23C4110CR588439
Data do Acidente: 16/08/2017
Local e Data: MANAIRA - 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



ALAMÊDA 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



HOSPITAL REGIONAL Dep. José Pereira Lima PRINCESA ISABEL-PB		ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
CNES:	2321637	CNPJ:	08.778.269/0039-33
NOME:	HOSPITAL REGIONAL PRINCESA ISABEL		
ENDEREGO:	ALAMEDA DAS ACACIAS, 1444 ALTO CASCAVEL		
CIDADE:	PRINCESA ISABEL	ESTADO:	PARAIBA
			UF: 25
Atendimento:	CONSULTA		
Paciente:	GERALDO MOISES DE ARRUDA		
Mae:	FRANCISCA MARIA DOS SANTOS		
Pat:	MOISES VICENTE DE ARRUDA		
Nascimento:	19/01/1968	Idade:	49
Profissao:	AGRICULTOR(A)	Cot:	PARDA
Endereco:	SITIO BAIXIO	Num.:	SN
Bairro:	ZONA RURAL	Fone:	
Cidade:	MANAIRA - PB - 56895-000 - 2509008		
Naturalidade:	MANAIRA - PB	Identidade:	2130800 SSP PB
CNS:	127.3698-3140-0009	Reg. Nasc.:	
CPF:		Prececionista:	IVANIELLE
Data / Hora:	16/08/2017 18:22:01	Ficha Numero:	83957
			43898

Assinatura de Dr. Paulo Roberto Costa
 Supervisor de Atendimento Ambulatorial

PESO:	PA:	TEMP:
ANAMNESE EXAME FISICO (SUMÁRIO)		
EXAMES		
RESULTADOS		

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original.
 Apresentado em testemunho da verdade.
 Princesa Isabel - PB 08/06/2018 08:44:38
 Maria Rodrigues dos Santos - Escrevente
 [2018-002208] EMPL-RS 2.37 FARENHA 0.20 FEP:RS 0.41
 SEL0 DIGITAL: 8616d439-4f0d
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.jbopen.org.br/escritorio>



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

NEGO

ALAMEDA 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





HOSPITAL REGIONAL
Dep. José Pereira Lima
PRINCESA ISABEL - PB

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2321637 CNPJ: 08.778.266/0039-33
NOME: HOSPITAL REGIONAL PRINCESA ISABEL
ENDEREÇO: ALAMEDA DAS ACACIAS, 1444 ALTO CASCAVEL
CIDADE: PRINCESA ISABEL - ESTADO: PARAÍBA UF: 25

Atendimento: CONSULTA
Paciente: GERALDO MOISES DE ARRUDA
Mãe: FRANCISCA MARIA DOS SANTOS
Pai: MOISES VICENTE DE ARRUDA
Nascimento: 19/01/1968 Idade: 49 Cor: PARDA Sexo: M
Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço: SÍTIO BELEM Num.: SN
Bairro: ZONA RURAL Fone:
Cidade: MANAIRA - PB - 58995-000 - 2509008
Naturalidade: MANAIRA - PB
CNS: 127-3698-3140-0009
CPF: Reg. Nasc.: Identidade: 2130800 SSP PB
Data / Hora: 17/08/2017 09:06:16 Recepcionista: LINDAURA
Ficha Número: 83977 43898

PESO: 78 kg PA: 180 x 70 mmHg TEMP.: 36.6
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)
Pac. com dor abdominal
Paciente com dor nas
costas e supracostais

EXAMES RE

Autentico a presente copia, reprodução fiel do original
apresentado. Em testemunho da verdade.
Princesa Isabel - PB 08/06/2018 08:44:57
Marta Rodrigues dos Santos - Escrevente
E-018-002071 EML:R4 2.37 FMRP:R4 02.58 08/06/2018
Selo Digital: A6766458-0824
Confira a autenticidade em <https://selo.digital.br>

5035043 545
MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS
01 - ELETIVO 01 - ELETIVO 01 - ELETIVO 01 - ELETIVO
02 - URGÊNCIA 02 - URGÊNCIA 02 - URGÊNCIA 02 - URGÊNCIA
03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS
PROCEDIMENTO DE DESCRIÇÃO

DIAGNÓSTICO
Trauma com fratura de fêmur
CID-10

MEDICAÇÃO
1. PRESCRITA
2. APLICADA
ENCAMINHAMENTO
RESIDÊNCIA
INTERNAÇÃO
OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	3	0	1	0	6	0	0	2	9
2 -										
3 -										

Ass. dos Profissionais Assistenciais - carimbos
Médico / Cirm / Cns
ALAN MOURA - 8495 - 258-9545-5545
ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL
ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo
ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo



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.


EDISIO FRANCISCO DA SILVA
Diretor Geral
Mat.184.461-0



ALAMÊDA 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



SUS

ESTADO DA PARAIBA
PRINCESA ISABEL, PB

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNS

2321637

CNPJ: 06.778.268/0039-73

NOME

HOSPITAL REGIONAL PRINCESA ISABEL

ENDEREÇO

ALAMEDA DAS ACACIAS, 1417 ALTO CASCAVEL

CIDADE

PRINCESA ISABEL

ESTADO PARAIBA

UF: 25

Atendimento: CONSULTA

Paciente: GERALDO MOISES DE ARRUDA

Mãe:

FRANCISCA MARIA DOS SANTOS

Pai:

MOISES VICENTE DE ARRUDA

Nascimento:

19/01/1968

Idade: 49

Cor: PARDA

Profissão:

AGRICULTOR(A)

Endereço:

SITIO BAIXO

Num.: SN

Bairro:

ZONA RURAL

Fone:

Cidade:

MANAIRA - PB - 58995-000 - 2509008

Naturalidade

MANAIRA - PB

Identidade: 2130800 SSP PB

CNS:

127-3698-3140-0009

CPF:

Reg. Nasc.: Reg. Nasc.: IVANIELLE

Data / Hora:

16/08/2017 18:22:01

Recepcionista: 83957

43898

MATERIALS - MELHORIA VINCULO COTIZADO

01 - ELETIVO

CARÁTER DO ATENDIMENTO

02 - URGÊNCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO DESCRITO

DIAGNÓSTICO

CID-10

ENCAMINHAMENTO

1. PRESCRITA

OBSERVAÇÃO

RESIDÊNCIA

INTERNAÇÃO

2. APLICADA

OUTRO HOSPITAL

ÓBITO

OUTROS:

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -	0	3	0	1	0	6	0	0	2	9
2 -	0	4	0	1	0	1	0	0	5	8
3 -										

Ass. dos Profissionais Assistentes

Médico / Cfm / Cns

FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS - 9603 - 162-4903-6262-0000

CNS 7054045795057890

CBO

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REONSAVEL

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

Autentico a presente copia, reproducao fiel do original que se foi
apresentado, em testemunho da verdade.
Princesa Isabel - PB 19/09/2017 09:13:19

Marta Rodrigues dos Santos - Escrevente

12017-06/7171 ENL 46 2.31 FAREM:R8 0.27 FAREM:R8 0.27

SELO DIGITAL: 8F80711-105H

Contrate a autenticação em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: Rivaldo Morisy Suel

Diagnóstico -
2º Diagnóstico que no dia
12.08.17, às 09:06h, atendido
em uma consulta no
HRPI, paciente masculino de 40
anos de idade, casado, com
apresentando a dor peri-ocular
D. (lateral) e Epistaxe nasal
hemorragia de leve a moderada. Após
exame médico, constatou-se
a presença de sangramento, com
contato, encaminhado para
P() exames, la () exames

(Médico / Carimbo/CRM)

Data: 13/02/18 HD: Fratura UPA 24 HORAS - PRINCESA ISABEL - PB

DR. ALAN MOURA
C.R.M. 12.123/15

MBM Seguradora S/A
04 FEV 2018
DPVAT







São Vicente DIAGNÓSTICOS

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 encefálicas 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 infarto 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.

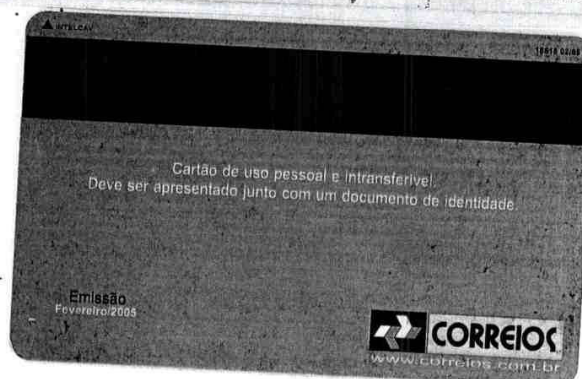
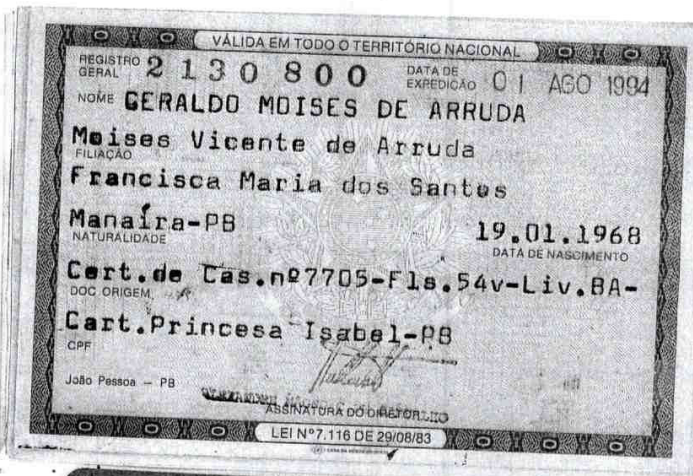
Fratura do arco zigomático direito, sem desvios significativos.


Dr. Renan Gomes Brinzel
Radiologista
CRM/PE: 24.467



011.552.564-50





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES E VIAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES E VIAS

**VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL**
1298959815

PROIBIDO PLASTIFICAR
1298959815

NOME
 ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 5023854 SSP PE

CPF
 023.679.274-13

DATA NASCIMENTO
 30/03/1977

PLAÇÃO
 AGENOR GOMES DA SILVA
 LUZINETE GOMES DA SILVA

PERMISSÃO
 ACC CAT. HAB.
 04/04/2021 05/06/2001

Nº REGISTRO
 01827563394

VALIDADE
 04/04/2021

HABILITAÇÃO
 05/06/2001

OBSERVAÇÕES
 Exerce Ativ Remunerada

Albano G S
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
 13/06/2016

Albano G S
 ASSINATURA DO DIRETOR

64510562513
PE072130300





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014200586297
PB Nº 014200586297

VIA 1 048767052-3 00/00000000 2018

NOME: JAILDO DE LIMA PEREIRA

CPF/CNPJ: 04638664440

PLACA ANT/UF: NOVO PB 9C2JC4110CR588439

PLACA: OFA6345/PB

CHASSI: 9C2JC4110CR588439

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB: 2012

CAP/POT/CIL: 2 P/124 /CI

CATEGORIA: PARTIC

COR PREDOMINANTE: VERMELHA

COTA ÚNICA: 00/00/0000

FAIXA LPVA: 0

PARCELAMENTO/COTAS: 1ª 00/00/0000 2ª 00/00/0000 3ª 00/00/0000

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO: 07/06/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

MANAIRA - PB LOCAL: 0 DATA: 04/07/2018

42005 20389

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 15:51:53

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAUO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014200586297 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 04/07/2018

VIA 1 04638664440 CPF/CNPJ: 04638664440 PLACA: OFA6345/PB

RENAVAM: 00487670523 MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB: 2012 COTA ÚNICA: 9C2JC4110CR588439

PREMIO TARIFARIO: 00/00/0000

FNS (R\$): 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$): 00/00/0000

CUSTO DO BILHETE (R\$): 00/00/0000

IOF (R\$): 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$): 00/00/0000

DATA DE PAGAMENTO: 07/06/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

MANAIRA - PB LOCAL: 0 DATA: 04/07/2018

42005 20389

MBM Seguradora S/A

03 OUT 2018

DPVAT

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

PE

NOME
JAILDO DE LIMA PEREIRA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
1903563 SSP PE

CPF
046.386.644-40

DATA NASCIMENTO
01/12/1975

FILIAÇÃO
**AMADEU MARCOLINO PEREIRA
RA
MARIA GENEROSA DE LIMA**

PERMISSÃO
AB

ACC
AB

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
03593396033

VALIDADE
25/09/2022

1ª HABILITAÇÃO
04/10/2007

OBSERVAÇÕES

Jaildo de Lima Pereira

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
26/09/2017

Charles Anderson Souza Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

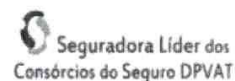
12684023580
PE081600682

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1485244696

PROIBIDO PLASTIFICAR
1485244696



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363194/18

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

CPF de: Próprio

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

ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Alessandra Maria Fontes Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180463245 **Cidade:** Manaíra **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:** Manaíra **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 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



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 Sitio 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.

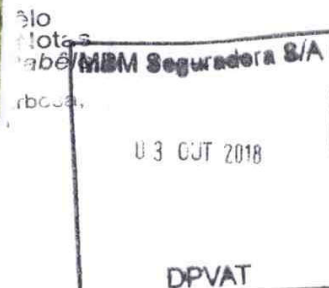
PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de receber a indenização referente ao Seguro 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.

Gerldo 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

CPF de: Próprio

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

ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Karine Capilheira da Rosa



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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GERALDO MOISES DE ARRUDA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

ALECKSON LEANDRO GOMES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

Karine Capilheira da Rosa



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0363194/18

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

CPF de: Próprio

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



Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: GERALDO MOISES DE ARRUDA

Nº Sinistro: 3180463245
Vítima: 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

Pag. 01957/01958 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13438015



Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: GERALDO MOISES DE ARRUDA

Nº Sinistro: 3180463245

Vítima: 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

Pag. 00547/00548 - carta_01 - INVALIDEZ



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 médico-hospitalar

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

Pag. 00523/00524 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13649023





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



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


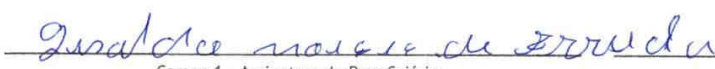

Nome completo GERALDO MOISES DE ARRUDA		CPF titular da conta 011.552.564-50	Profissão AGRICULTOR
Endereço SÍTIO BELEN		Número S/N	Complemento CASA
Bairro ZONA RURAL	Cidade MANAIRA	Estado PB	CEP 58.995-000
Email ALECKSONCOMES@GOL.COM.BR			Telefone (DDD) (87) 98866-8998

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\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <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"/> 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)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0914 D/V (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 59588 D/V 9 (Informar dígito se existir)	BANCO Nome _____ NRO. _____	AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)
		CONTA NRO. _____ D/V _____ (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.

MANAIRA - PB, 09 de JULHO de 2018 Local e Data		
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário 	Campo 2 - Assinatura do Representante Legal 	



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 MOISES DE ARRUDA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
GERALDO MOISES DE ARRUDA	011.552.564-50	AGRICULTOR
Endereço	Número	Complemento
SITIO BELÉM	S/N	CASA
Bairro	Cidade	Estado
ZONA RURAL	MANAIRA	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
ALEXSONGOMES@BOL.COM.BR	58.995-006	(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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<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"/> 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 checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0914 D/V (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO. AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	
CONTA NRO. 59588 D/V 9 (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. D/V (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

MANAIRA-PB, 22 de OUTUBRO de 2018

Local e Data

x GERALDO MOISES DE ARRUDA

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=20111315515199900000034980269>

Número do documento: 20111315515199900000034980269

Num. 36644495 - Pág. 27

CAIXA Loterias CA

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 ATE 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

282-720718152-4

1ª VIA

terias CAIXA

terias CAIXA

terias CAIXA

MRM SEGURADORA
28 NOV 2018





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
5ª DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA 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 encontro 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 MANAÍRA ESTADO DA PARAÍBA E NA (O) DELEGACIA DE **Polícia Civil Local**, PRESENTE A AUTORIDADE POLICIAL **Gutenberg José da Costa Marques Cabral**, COMIGO, ESCRIVÃ (O) DE POLÍCIA 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 vítima 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 polícia 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..XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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 segunda via na sua repartição de origem onde tem validade por trinta dias.

Governador Raulo Lourenço
Escritório de Polícia
CIVIL
MAT.: 132.148-8

Delegacia de Polícia
Civil de Manaíra - PB

Declarante

MMB Seguradora S/A

03 OUT 2018

DPVAT

Manaíra-PB Em 09 de Julho 2018



Maíra Inez Duarte
Oficial do Registro Civil
CPF 551876764-15



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

023.678.274-13

Email

ALECKSON GOMES @ BOL.COM.BR

Telefone (DDD)

(11) 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:

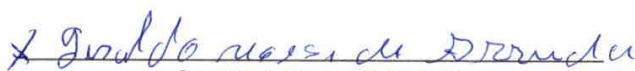
- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou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

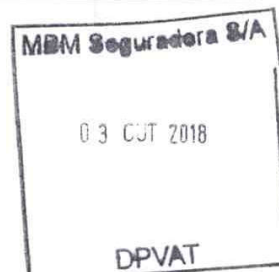
MANAIRA-PE, 09 de JULHO de 2018

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



DALI.001 V001/2017



Num. 36644495 - Pág. 32



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 10.835.932/0001-06 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ALECSOM LEANDRO GOMES SILVA ME

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA AGAVENON MAGALHÃES 90

CNPJ: 02.881.710/0001-01

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

CLASSIFICAÇÃO
B3 COMERCIAL
COMERCIAL
Trifásico

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

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE ÚNICA	EMIÇÃO
001755275		13/04/2017

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
13/04/2017	2001080578	3406953

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	1.355,0000000	0,58395113	784,15
Consumo Reativo Excedente(kVARh)	0,00000000	0,27416072	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			7,64
ICMS Subvenção-CDE-NF 001833494-14/02/17			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 MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
3150172160	CAT	16-03-2017	26.583,00	13-04-2017	27.835,00	18	1,00000		1.355,00
3150172160	CRT	16-03-2017	22.497,00	13-04-2017	23.874,00	18	1,00000		1.177,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano kWh

ADR 17 1365	
MAR 17 1461	
FEV 17 1468	
JAN 17 1574	
DEZ 16 1655	
NOV 16 1501	
OUT 16 1531	
SET 16 1284	
AGO 16 1281	
JUL 16 1273	
JUN 16 1340	
MAI 16 1429	
ABR 16 1348	

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS 810,09	25,00	202,52
PIS 810,09	0,42	3,40
COFINS 810,09	1,53	15,53

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

	R\$	%
Geração de Energia	258,72	35,28%
Transmissão	11,01	1,36%
Distribuição (Celpe)	173,97	21,49%
Perdas de Energia	54,03	6,97%
Encargos Setoriais	78,81	9,95%
Tributos	221,55	27,35%
Total	818,08	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo(kWh)	0,4087050
Consumo Reativo Excedente(kVARh)	0,19817050

RESERVADO AO FISCO

FOCO.F413.741A.D587.1C06.B0DA.EEAB.C088

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

De 1 a 30/04, tarifa de consumo reduzida em R\$0,06752/kWh (A taxa de tributos e descontos) para se referir a previsão do Encargo de Energia da Reserva de Linha Amarela (RENOVA 4177) e para se referir a previsão do Encargo de Energia da Reserva de Linha Verde (RENOVA 4178). Estas informações são de caráter informativo e não substituem a legislação em vigor. Para mais informações, consulte o site da CELPE ou o site do consumidor. O cliente é responsável por verificar a validade da tarifa e a continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagamento em atraso gera multa 2% (Res. 414/ANEEEL 09/08/07) e juros 1% (Lei 10.438-26/04/02), no primeiro mês. O cliente é compensado quando há descumprimento do prazo de fornecimento para os padrões de atendimento comercial. Valor de Potência Média = 0,75.

Não existem débitos de 2016, e anos anteriores. Esta declaração substitui, para comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as declarações dos faturamentos mensais (Art. 4º, Lei 12.074/09). Esta declaração não abrange débitos de parcelamentos/confissões de dívidas nem futuras em discussão judicial que poderão ser cobrados após o fim do processo judicial.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONJUNTO	VALOR APROVADO 16/01/2017	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
SERVA TALHADA	1,81	5,43	10,06	21,73
ERC	3,00	3,36	6,72	13,46
ERC	1,02	3,11	0,00	0,00

Linha DCR: 12,22

EUSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 285,28

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
	MÍNIMO MÁXIMO
220	202 231
380	350 399

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

83890000009-9 21630011002-1 23167602610-1 07486263483-4



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

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 COAF**².

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

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

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 MOISES DE ARRUDA inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.552.564 / 50, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDAÇÃO da Vítima GERALDO MOISES 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 ABAMERON MAGALHÃES</u>		Número <u>90</u>	Complemento <u>APTO. 2º ANDAR</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SANTA CRUZ DA BAIXADA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56.895-000</u>
Email <u>ALECKSON GOMES @ BOL.COM.BR</u>	Telefone comercial(DDD) <u>(87) 99970-9666</u>	Telefone celular (DDD) <u>(87) 98866 8988</u>	

SANTACRUZ B.Y. 30 de 16 de 2018
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



DLDRL.001 V001/2017



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180463245 **Cidade:** Manaíra **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:** Manaíra **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 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





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 Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

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

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

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexos 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 nexos 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 NEXOS DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPORTADO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.



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



Manifestação Laudo Pericial em anexo





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

PROCESSO Nº 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





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-peritoniais 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.**





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 importância de **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)

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





De igual modo, peço vênha 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. INTERNO 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





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)

“APELAÇÕES. 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 VII. 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 ÍNFILO. 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

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





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





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 Cível nº 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 cristalina 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 CONDENACÃO**, de modo a assegurar a dignidade do **profissional**, na forma do art. 85, § 2º, do CPC.

3. DOS PEDIDOS.

Diante 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





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

