



Número: **0819203-05.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/03/2018**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS (AUTOR)</b>	<b>FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA (ADVOGADO)</b> <b>ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO)</b>
<b>BRADESCO SEGUROS S/A (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>
<b>TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
36248 979	04/11/2020 16:20	<a href="#"><u>Petição</u></a>
36248 988	04/11/2020 16:20	<a href="#"><u>2591323_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>
36248 991	04/11/2020 16:20	<a href="#"><u>2591323_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 16:20:09  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110416200638400000034610464>  
Número do documento: 20110416200638400000034610464

Num. 36248979 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180002517**  
Vitima: **MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS**  
Data do Acidente: **23/04/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180002517**.

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 12171360

Pag. 00589/00590 - carta\_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS**  
Nº Sinistro: **3180002517**  
Vitima: **MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS**  
Data do Acidente: **23/04/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180002517**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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](http://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, 26 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS**

**Sinistro:** **3180002517**

**Vítima:** **MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente:** **23/04/2017**

**Cobertura:** **INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180002517** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 22 de Maio de 2018

Carta nº: 12839643

A/C: MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS

**Nº Sinistro:** 3180002517  
**Vitima:** MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS  
**Data do Acidente:** 23/04/2017  
**Cobertura:** INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 000001359-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda auditiva total bilateral (surdez completa) 50%

Graduação: Em grau residual 12,5%

% Invalidez Permanente DPVAT: (12,5% de 50%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIR



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 322 204 ou 0800 721208 (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 credito de efetuar 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 nela mesma idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante Legal")

Número do Sinistro na ASL 930195214-31 | CPF da Vítima 930195214-9 | Nome completo da vítima Marcos A. Ferreira dos Santos

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Marcos Antônio Ferreira dos Santos | CPF da pessoa 930195214-9 | Endereço Rua 3d. Poty | Número 207 | Bairro Setezeiro | Cidade João Pessoa | Estado Paraíba | CEP 58088510 | Email 32330725

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência a junto à Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima, segue anexada cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 9.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 9.001,00 ATÉ R\$ 12.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):			
<input checked="" type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input checked="" type="checkbox"/> JITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	CONTA	AGÊNCIA	CONTA
<u>1033</u>	<u>1339</u>	<u>10</u>	<u>SINCOR/PB</u>
Informar dígitos se existir		Informar dígitos se existir	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider 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.

João Pessoa 25 de Outubro de 2017  
Local e Data

Marco Antonio Ferreira dos Santos  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 v001/2017

471

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

0617 - MINISTRO JOSÉ AMÉRICO

DATA: 15/09/2017

HORA: 14:43:22

TERMINAL: 1003

NSU: 000617

AUT.: 0112

COMPROVANTE DE DEPÓSITO

NOM. C/C : 000617

AGÊNCIA/CONTAS CREDITÍPOLA: 1023/2013/000001-359-0

NOME: MARCOS ANTONIO F. DOS SANTOS

DEPOSITANTE:

O M

VALOR TOTAL:

15000

VALOR DINHEIRO:

15000

Informações, reclamações, sugestões e elogios:

SAC CAIXA 0800 726 0101

Caixa Tem 0800 725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

1a Via - Via Cliente

SINCOR/PB

15 DEZ. 2017



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
**Nº 01466.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01466.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 10:36 horas do dia 16 de agosto de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nessa Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **Marcos Antonio Ferreira dos Santos**, CPF nº 930.195.214-91, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Severina Ferreira dos Santos e Manoel Evaristo dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 11/12/1971 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Índio Poty, Nº 207, complemento casa, bairro Oiticicó, tendo como ponto de referência Bar do Flamengo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 03233-0725.

**Dados do(s) Fato(s):**

Local: Av. Cruz das Armas, Outros, João Pessoa/PB, bairro Cruz das Armas; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/04/17 19:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

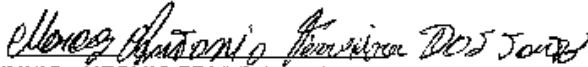
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA NXR BROS DE COR AMARELA ANO 2009, DE PLACA NQC-6490-PB, CHASSI Nº 9C2KD04309R020186. EM NOME DE MARIA JOSE IRENE DA C. ALCANTARA, QUANDO FOI COLIDIDO POR OUTRO MOTOCICLISTA NÃO IDENTIFICADO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR GLENDER TERCIO G. G. DA TRINDADE CRM PB 3920, DATADO DE 27/07/2017.

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

João Pessoa/PB, 16 de agosto de 2017.

  
CLEODON FERREIRA DA SILVA  
Agente de Investigação

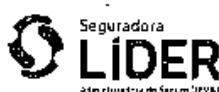
  
MARcos ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS  
Noticiante

**SINCOR/PB**  
**15 DEZ. 2017**

Procedimento Policial: 01466.01.2017.1.00.420

1/1





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - C



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221306 (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: Manoel Antônio Ferreira dos Santos | CPF da Vítima: 1930195214-91 | Data do Acidente: 23.04.17

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: \_\_\_\_\_ | CPF do Representante legal: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ | Telefone (DDD): \_\_\_\_\_

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

#### Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência, ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não está apto a emitir laudo de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não faz exames com grau superior a 80 (oitenta) % do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de lesões permanentes causadas diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha denuncia de lesão 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.

**SINCOR/PB**  
**15 DEZ. 2017**

Local e Data

João Pedro 25 de outubro de 2017

Manoel Antônio Ferreira dos Santos  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 16:20:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110416201027800000034610472>  
Número do documento: 20110416201027800000034610472

Num. 36248988 - Pág. 8



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 801/061, DECLARA para os devidos fins, que consta ~~tempos~~ ~~registros~~, sob Protocolo: 1675100, o atendimento pré-hospitalar, realizado pela referida instituição ao paciente MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS (idade: 46 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto) no dia 23/04/2017, na Av. Cruz das Armas, Bairro: Cruz das Armas - João Pessoa - aproximadamente às 20:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

SINCOR/PB  
11 ABR. 2018

João Pessoa, 17 de Janeiro de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto  
Coordenação do SAME  
**SAMU 192 JP**

CONFERIDO COM O ORIGINAL

Jefferson da Rocha Augusto  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB  
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125

43L 0483101/17



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/05/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000001359-0

---

Nr. da Autenticação 89CEDB35D8C73576



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 16:20:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110416201027800000034610472>  
Número do documento: 20110416201027800000034610472

Num. 36248988 - Pág. 10



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Uancos Antônio Fumira dos Santos

RG nº 1563418, data de expedição 08/10/19, Órgão SSP/PB,

CPF nº 930185214-91 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua 1º de Outubro</u>
Número	<u>nº 207</u>
Apto / Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>João Pessoa - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58088-310</u>
Telefone de Contato	<u>3233 0725</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa - 24-03-2017

Assinatura do Declarante: Uancos Antônio Fumira dos Santos





# CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.155-670 - CNPJ: 09.123.651/0001-87

PARA FONTO COM A CAGEDA INFORME ESTE NÚMERO
<b>MATRÍCULA</b>
<b>485110</b>
<b>REFERÊNCIA</b>

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS	JAI/2017
--	----------

SEVERINA FERREIRA DOS SANTOS  
RUA ID POTY 207

DITIZEIRO  
JOÃO PESSOA

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias	Responsável
301.16.040.0204	0	0 0 0 0	SEVERINA FERREIRA DOS SANTOS
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água Situação Esgoto
A171524813	18/06/2007	5	LIGADO POTENCIAL

ANTERIOR   ATUAL   CONSUMO (m <sup>3</sup> )   NÚM. DE DIAS   PRÓXIMA LEITURA			
3280	3295	15	31 10/06/2017
HIST. DE CONS./ANOR. LEIT.   QUALID. DA ÁGUA-DECRETO 2.914/2011-MS.			
NCV/2016	5	0	PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES
CE2/2016	19	0	COL.TOTAIS 294 291 291
JAN/2017	299	0	COL.TERMO 0 0 0
FEV/2017	308	0	CLORO 294 291 291
MAR/2017	111	32	TURBIDEZ 294 291 290
ABR/2017	114	0	COR 77 113 113
1 EDIFACIO		DADOS REFERENTES A MAR/2017	

DATA DA LEITURA: 12/05/2017 HORA DA LEITURA: 11:38:44

Prezado usuário  
A sua conta mensal ficou retida por apresentar anormalidade de consumo.  
Aguarda análise técnica e com base no resultado será entregue a segunda via da conta.

SINCOR/PB  
15 DEZ. 2017

Total a Pagar:

ANALISE DE LEITURA: CONFIRMADA  
CONDICAO DO FATURAMENTO: R TIPO DE TARIFA: NORMAL  
ANORMALIDADE DE CONSUMO: BAIXO CONSUMO

POSTAO DE DEB. ANTERIOR(ES):  
EXISTE(N) CNTA(S) ANTER. EM DEBITO.

INFORMACOES GERAIS:

Em conformidade com art.3 da lei 12.007/2009, informamos que não há pendência ou fatura vencida para este matrícula.  
Esta declaração substitui a comprovação das faturas pagas com vencimento até 31/12/2016.



MATRÍCULA			TOTAL A PAGAR





## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA JOSÉ IRENE DA CONCEIÇÃO ALCANTARA,

RG nº 039.297 data de expedição / /,  
Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 021.243.064.56, com  
domicílio na cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de  
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA INÍCIO POTTI, nº 193,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima MARCO ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS, cujo o condutor era  
MARCO ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS

Veículo: MOTO HONDA NXR-150 BR05 KS

Modelo: 2009

Ano: 2009

Placa: NQE 6490 PB

Chassi: 9C2KD 04309 R080186

Data do Acidente: 23.04.17

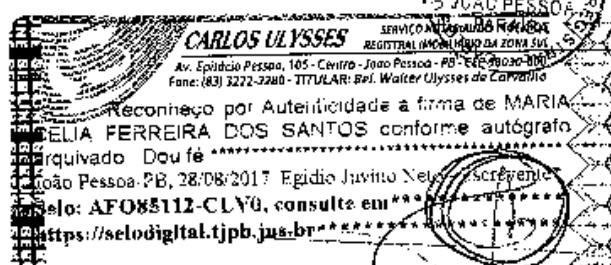
L local e Data: João Pessoa, 05/09/17



Maria Pélia Ferreira dos Santos  
(Assinatura do Declarante)

Assinatura do Condutor (caso seja um menor que não seja vítima/reclamante do sinistro)

)





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAJANIA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 995784 e PRONTUÁRIO nº 101693

PACIENTE: MARCOS ANTÔNIO FERREIRA DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO: 11.12.71

Data e Hora do Atendimento: 26/04/17

Horário: 20:40h

**MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO:** Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de TCE, otorragia no ouvido direito, dor torácica, trauma de face, dor no membro inferior direito. Atendido pelo Dr. Gustavo Cartaxo Patriota CRM 6800, Dr. Alexandre Barros Silva CRM 4988, Dr. Flávio P. Ribeiro CRM 6453, Dr. Victor Linhares CRM 8184.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO INTRACRANIANO LEVE + HEMATOMA EXTRADURAL TEMPORAL POSTERIOR + FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO  
CID 10 S 06 9, S 82 9

**RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):**  
Primeiro atendimento, avaliação da neurocirurgia, Rx no joelho direito AP e Perfil, Tomografia computadorizada de crânio, Tomografia computadorizada da coluna cervical e tratamento cirúrgico em 15.05.17 com redução e fixação de fratura do plato tibial direito.

ALTA HOSPITALAR: 15.04.17

SINCOR/PR

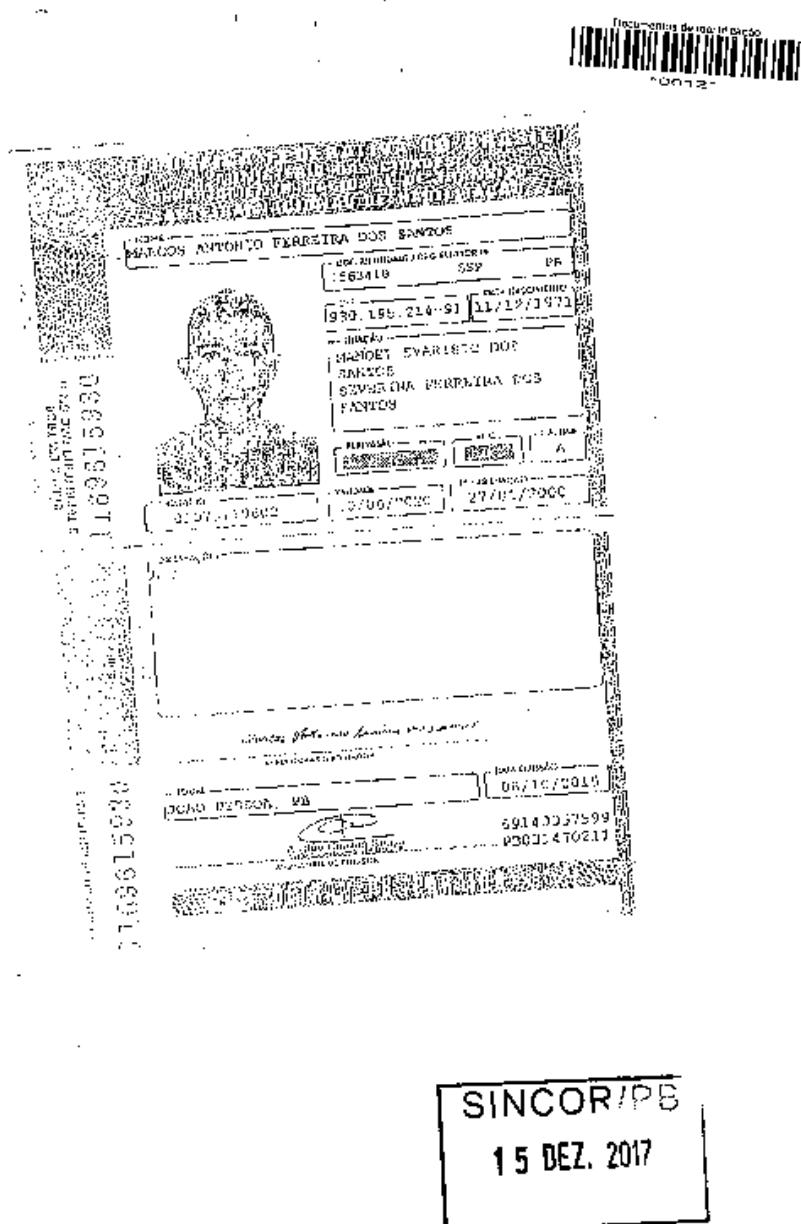
15 DEZ. 2017

Data da Emissão: 27.07.17

Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade  
Médico Auditor - HETSHL  
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

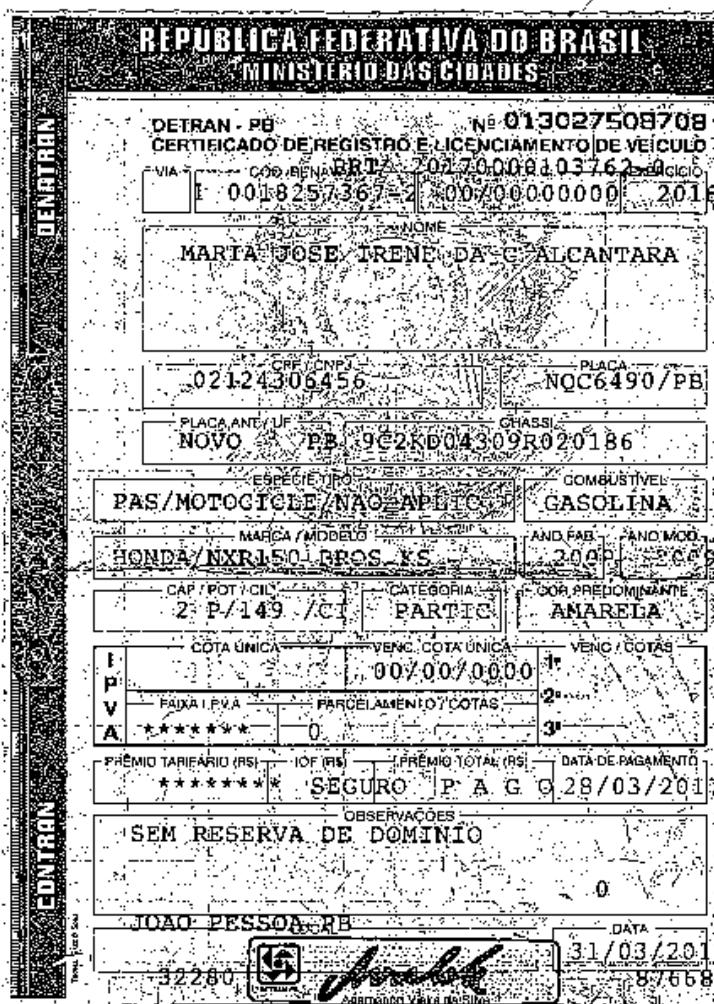
**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de aendimento hospitalar  
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTA NUIDADE DE TRABALHANTO.





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 16:20:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110416201027800000034610472>  
Número do documento: 20110416201027800000034610472

Num. 36248988 - Pág. 15



SINCOR/PB

15 DEZ. 2017

## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180002517      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS      **Data do acidente:** 23/04/2017      **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de planalto tibial direito + TCE - hematoma extradural.

**Descrição do exame** Ao exame: Deambulando com auxílio de muletas, com 02 cicatrizes joelho e perna direita, limitando flexo extensão de **médico pericial:** joelho em 75%. Relata perda de audição e insônia Faz uso de medicação (Rivotril) a noite, com receita do mês de fevereiro. Teve otorragia no trauma

**Resultados terapêuticos:** 16-05-2017 cirurgia do joelho com alta em 16-5-2017 Acompanhamento com Neuro e ortopedista no Ambulatório.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial da acuidade auditiva à direita, Limitação funcional do joelho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 10/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

**Médico examinador:** Umberto Jansen de Moraes Lima

**CRM do médico:** 5769

**UF do CRM do médico:** PB

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau residual - 12,5 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

### PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** SILVIO SZTRAJTMAN

**CRM do médico:** 40115

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 16:20:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110416201027800000034610472>  
Número do documento: 20110416201027800000034610472

Num. 36248988 - Pág. 17

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3180002517**

Nome do(a) Examinado(a): **MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua Jd Poty, 207 - Oitizeiro - João Pessoa - PB - CEP 58088-510**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **Ssp /PB** ] **7563418**

Data e local do acidente: [ **23/04/2017** ] **João Pessoa PB**

Data e local do exame: [ **10/05/2018** ] **João Pessoa [ PB ]**

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

*Fratura de planalto tibial direito + TCE - hematoma extradural.*

**II.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

*16-05-2017 cirurgia do joelho com alta em 16-5-2017 Acompanhamento com Neuro e ortopedista no Ambulatório .*

**III.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*Ao exame: Deambulando com auxílio de muletas, com 02 cicatrizes joelho e perna direita, limitando flexo extensão de joelho em 75%. Relata perda de audição e insônia Faz uso de medicação (Rivotril) a noite, com receita do mês de fevereiro. Teve otorragia no trauma*

**IV.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[  ] Sim [  ] Não

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[  ] Sim [  ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

*Perda parcial da acuidade auditiva à direita, Limitação funcional do joelho direito*

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

**VII.** Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



**a)** Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

(  ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Joelho direito**

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

**Ouvido direito**

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100%  
completo

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180002517      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS      **Data do acidente:** 23/04/2017      **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/04/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TCE, FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO E TRAUMA EM FACE E TÓRAX

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TÍBIA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
			<b>Total</b>	<b>0 %</b>

### PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** JORGE ALBERTO C DE SOUZA

**CRM do médico:** 52.37730-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180002517      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS      **Data do acidente:** 23/04/2017      **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura de planalto tibial direito + TCE - hematoma extradural.

**Descrição do exame** Ao exame: Deambulando com auxílio de muletas, com 02 cicatrizes joelho e perna direita, limitando flexo extensão de **médico pericial:** joelho em 75%. Relata perda de audição e insônia Faz uso de medicação (Rivotril) a noite, com receita do mês de fevereiro. Teve otorragia no trauma

**Resultados terapêuticos:** 16-05-2017 cirurgia do joelho com alta em 16-5-2017 Acompanhamento com Neuro e ortopedista no Ambulatório.

**Sequelas permanentes:** Perda parcial da acuidade auditiva à direita, Limitação funcional do joelho direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 10/05/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

**Médico examinador:** Umberto Jansen de Moraes Lima

**CRM do médico:** 5769

**UF do CRM do médico:** PB

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Em grau residual - 12,5 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>25 %</b>	<b>R\$ 3.375,00</b>

### PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** SILVIO SZTRAJTMAN

**CRM do médico:** 40115

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 16:20:14  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110416201027800000034610472>  
Número do documento: 20110416201027800000034610472

Num. 36248988 - Pág. 22



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9<sup>ª</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB**

**Processo: 08192030520188152001**

**BRADESCO SEGUROS S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARCOS ANTONIO FERREIRA DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.º, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 3.375,00 (TRÊS MIL E TREZENTOS E SETENTA E CINCO REAIS)**.

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

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 30 de outubro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 16:20:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110416201483900000034610475>  
Número do documento: 20110416201483900000034610475

Num. 36248991 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 16:20:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110416201483900000034610475>  
Número do documento: 20110416201483900000034610475

Num. 36248991 - Pág. 2