

Quesitos para a perícia:

1- Queira o I. Dr. Perito se houve lesão à integridade física da vítima. Em caso afirmativo, queira esclarecer o seguinte:

2- Restou sequela da lesão ocorrida? Em caso afirmativo favor identificá-las.

3- Se das sequelas identificadas quais foram às consequências traumáticas e funcionais dos órgãos/membros atingidos?

4- Se tal sequela causou redução na capacidade laborativa da vítima.

5- Queira o Dr. Perito esclarecer qual o tipo de lesão apresentada pelo periciado?

6- Queira o Dr. Perito esclarecer se houve diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado e se este (s) órgão (s) foi (foram) lesionado em função de acidente automobilístico ou outras causas?

7- Queira o Dr. Perito esclarecer se a diminuição ou perda de função de algum órgão do periciado é de caráter permanente ou temporário?

8- Se houve redução de capacidade de um dos membros, em caso afirmativo, quais são os riscos de sobrecarga do outro membro? Em caso afirmativo, qual membro e de que forma?

9- Queira o Dr. Perito esclarecer tudo o mais que achar necessário.







Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Michelle Agatha Silva Farias

PORTADOR(A) DO RG Nº 3165955 EXPEDIDO POR SSD/PB EM 10/12/14 E

CPF 082064014-07 /CNPJ

PROFISSÃO Aux. Farmácia

E RENDA MENSAL DE R\$ 1,5 M (**) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO

SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Michelle Agatha S. Farias. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, MF (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos a mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ N° da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0036 N° da CONTA (com dígito, se existir) 23790-4

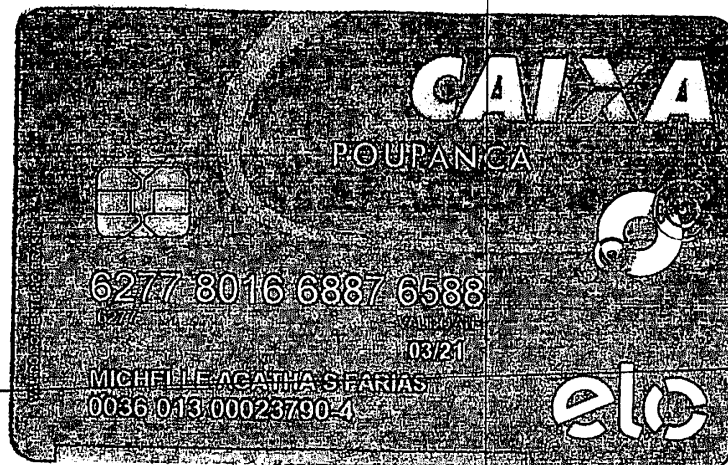
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO

João Pessoa 19 de Abril de 2017 + Michelle Agatha Silva Farias
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

⚠ ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0771704





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Michelle Agatha Silva Farias

RG nº 3165955, data de expedição 10/12/14, Órgão SSP/PB

CPF nº 082 064. 0447, 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 Vereate Costa Filho</u>
Número	<u>Nº 314</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Crists Redentor</u>
Cidade	<u>João Pessoa. PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58070350</u>
Telefone de Contato	<u>998777970</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa 19-04-2017

Assinatura do Declarante: Michelle Agatha Silva Farias



MARIA CRISTINA DOS SANTOS E SILVA
 RUA VICENTE COSTA FILHO, 314 - CRISTO REDENTOR
 JOAO PESSOA / PB CEP: 58070350 (AG: 1)



Classe/Subcls. RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br:230, Km25 - Cristó Redentor - João Pessoa / PB - CEP:58071-680
 Rotômetro: B-2-542-5580 Referência: Mar / 2017
 Nº medidor: 00001151139 Emissão: 18/03/2017

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
 CNPJ: 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.016.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Eletrônica Nº000.653.485
 Código para Débito Automático: 00004806738

Atendimento ao Cliente ENERGISA: 0800-085-0196

Conta Residencial: UC (Unidade Consumidora): 5/480573-5
 Canal de contato

Mar / 2017

- Aclonamento da Bandeira Amarela -

Apresentação

A bandeira tarifária aplicada no mês de Março/17 será a amarela, com custo de R\$ 2,00 a cada 100 quilowatts-hora (KWh) consumidos. A medida se deve às condições hidrológicas menos favoráveis, o que determinou o aclonamento de usinas termelétricas, com custo de geração mais cara.

16/03/2017

Data prevista na próxima leitura

13/04/2017

GET / UNO / CANI

Inst. Est.	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Bilhoes
51878592404					
	Data	Leitura	Data	Leitura	
	13/02/17	18604	18/03/17	18781	
				157	31

Leturas em atraso

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo em kWh	157	0,44026	69,12
Adic. B. Amarela			1,44
ICMS			28,86
PIS			1,38
COFINS			8,36





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01037.01.2017.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01037.01.2017.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:51 horas do dia 12 de fevereiro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Juvanira Holanda Linhares, matrícula 1332171, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu **David Pimentel Soares**, CPF nº 095.432.204-50, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Aux. de Farmácia, filho(a) de Ana Vicente Pimentel e Inacio Juveno Soares, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 21/04/1992 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Vicente Costa Filho, Nº 314, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Na Rua Lateral do Mercado Menor Preço., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 99877-7970.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Vicente Costa Filho, nº 314, Na Rua Lateral do Mercado Menor Preço., João Pessoa/PB, ; Tipo do Local: outros; Data/Hora: 12/02/17 13:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **OUTROS FATOS**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 17/09/2016, O NOTIFICANTE VINHA EM SEU VEÍCULO MOTO NA AV. EPITÁCIO PESSOA, DESTINO CENTRO/PRAIA E QUE AO PASSAR EM FRENTE AO BANCO BRADESCO, EIS QUE SURGE UM VEÍCULO SEDAN CLIO DE PLACA MOI 4378/PB, E CRUZOU NA FRENTE DA MOTO DO NOTIFICANTE PARA ADENTRAR A DIREITA; QUE NÃO TEVE COMO O NOTIFICANTE EVITAR A COLISÃO DA SUA MOTO NO CARRO SEDAN CLIO; QUE NO DIA DO OCORRIDO, AS PARTES ENVOLVIDAS FIZERAM UM ACORDO E POR ISSO NÃO FOI FEITA PERÍCIA; QUE O NOTIFICANTE ALEGA QUE PAGOU A QUANTIA DE R\$ 600,00 REAIS; QUE NA QUINTA FEIRA PASSADA O ACUSADO PROCUROU O NOTIFICANTE EM SEU TRABALHO PARA DIZER QUE A QUANTIA PAGA PELO MESMO NÃO ESTARIA DE ACORDO COM O SERVIÇO DO SEU VEÍCULO, QUERENDO FAZER UM NOVO ACORDO, ONDE NÃO FOI ACEITO PELO NOTIFICANTE; ENTÃO A COMPANHEIRA DO NOTIFICANTE MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS, LIGOU PARA O DONO DO VEÍCULO CLIO SEDAN DE ASSIS, DIZENDO AO MESMO QUE NÃO FOSSE MAIS NO TRABALHO DE SEU COMPANHEIRO, POIS SE DAVID FOSSE PREJUDICADO, O MESMO ENTRARIA COM UMA AÇÃO CONTRA O MESMO; ENTÃO O MESMO FALOU PARA A COMPANHEIRA DIZENDO QUE A MESMA ESTARIA LHE AMEAÇANDO E QUE VOLTARIA NO EMPREGO DO SEU COMPANHEIRO; QUE O NOTIFICANTE ALEGA QUE O DE ASSIS TEM O TELEFONE TANTO DELE COMO O DE SUA COMPANHEIRA.

ADENDO(S):

Que na data 12/04/2017, à(s) 13:28 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: Que a placa da moto é QFK 7339 PB.. Adendo registrado por: Sione Guilhermina Interaminense, Agente de Investigação, matrícula: 1820567.

Que na data 21/06/2017, à(s) 11:16 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: ACRESCENTA AINA O NOTICIANTE QUE A SUA COMPANHEIRA MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS, CPF Nº 082.064.014-07, VINHA DE CARONA NA GARUPA DA REFERIDA MOTO, SENDO LESIONADA E SOCORRIDA PARA O HOSPITAL GERAL DA PARAÍBA, CONFORME LAUDO MEDICO EXPEDIDO PELO DR. BRICIO KELTON GONÇALVES, CRM-PB 7654, DATADO DE 27/02/2017.. Adendo registrado por: Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula: 1372424.

Procedimento Policial: 01037.01.2017.1.00.401

1/2



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil

1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
P A R A Í B A



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 21 de junho de 2017.



CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação



DAVID PIMENTEL SOARES
Noticiante

Procedimento Policial: 01037.01.2017.1.00.401

2/2





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 58055-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 706/069, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1427501, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS**, idade 26 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Queda de Moto) no dia 17/09/2016, na Av. Epitácio Pessoa, Bairro: Tambauzinho - João Pessoa - aproximadamente às 13:50 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital HAPVIDA.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 22 de Junho de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS - Registro: 10171

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



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Michelle Agatha Silva Farias, portador da carteira de identidade nº 3165955 e inscrito no CPF/MF sob o nº 082064014-07, residente e domiciliado na Rua Vicente Costa Filho N: 314 Cristo Cidade João Pessoa, Estado Paraíba, 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:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Michelle Agatha Silva Farias

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

João Pessoa 19 de Abril de 2017

Local e data



LAUDO MÉDICO

Declaro para devido fins que a paciente Michelle Agatha Silva Farias, foi atendida no HOSPITAL GERAL DA PARAÍBA no dia 17/09/2016, vítima de acidente de trânsito com motocicleta (sic) tendo o diagnóstico codificado com o CID-10 S400, de tratamento conservador da lesão.

Ante o exposto conclui que a paciente encontra-se de alta para retorno as atividades laborais.

João Pessoa, 27 de Fevereiro de 2017

Dr. Bricio Kelton B. Gonçalves

Médico

CRM 7654

Dr. Bricio Kelton Barbosa Gonçalves

CRM 7654





**HOSPITAL GERAL
DA PARAIBA**

Inscrição no CNPJ: 09.114.695/0001-07
Av. Júlia Freire, 1058-Expedicionários – (83) 3255-8900
CEP: 58.040-040 - João Pessoa - Paraíba

D E C L A R A Ç Ã O

Declaramos, para os devidos fins, que a paciente **MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS**, foi atendida neste Hospital no dia 17.09.2016, referindo ser vítima de acidente de trânsito, conforme atendimento nº **38374837**.

João Pessoa, 28 de Setembro de 2016.



EVERTON PEREIRA DE CARVALHO
Faturista





FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
38374837



ESTE PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

27/09/2016 16:49:12

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
5388498	MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS	F	04/07/1990	26
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
3265955 SSP PB	8206401407		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R VICENTE COSTA FILHO,314 - CRISTO, JOAO PESSOA(PB) CEP 58051180				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
	986184509			

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
1822 HAPVIDA JOAO PESSOA	1 PLANO EMPRESA APARTAMENTO -	COLETIVO	
Carteira	Validade		
02313001018004011			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
118151-RECEPCAO EMERGENCIA - HGJP			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
17/09/2016	14:48		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente			Clinica
2684071 BRICIO KELTON BARBOSA GONCALVES			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA - EVERTON PEREIRA DE CARVALHO





FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ Posto: POSTO EMERGENCIA ADT - HOSP J Leito: 118224/12 28/09/2016 10:56

Paciente: MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS Atendimento: 38374837 Prontuário: 5388498 Convênio: HAPVIDA JOAO

Profissional(is): BRICIO KELTON BARBOSA GONCALVES CRM 7654 Nº: 06532860 17/09/2016 às 14:59

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE COM MOTOCICLETA (COLISAO CARRO MOTO), VEM COM SAMU COM COLAR CERVICAL E PRANCHA RIGIDA.
APRESENTA DOR EM OMBRO ESQ E AO ESQ JOELHO ESQ E CALCANEOL ESQ
ESCORIAÇÕES EM MMSS ESQ E JOELHOS BILATERAL
NEGA PERDA DE CONCIENCIA.
BEGA CERVICALGIA

CID10

S400 CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO

PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ Posto: POSTO EMERGENCIA ADT - HOSP J Leito: 118224/12 28/09/2016 10:56

Paciente: MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS	Atendimento: 38374837	Prontuário: 5388498	Convênio: HAPVIDA JOAO
Profissional(is): ADAILTON DOS SANTOS FERREIRA COREN 1126 Nº: 06533631 17/09/2016 às 16:01			
CONTROLE VITAIS			
SINAIS VITAIS			
Dor			
Estágio Da Hipertensão			
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE		TRAMAL AMPL 100MG EV ADMINISTRADO AS 16:01, EM 17/09/2016 RESP. ADAILTON DOS SANTOS FERREIRA, COREN/PB 1126. PROFENID IV FRAP 100MG EV ADMINISTRADO AS 16:01, EM 17/09/2016 RESP. ADAILTON DOS SANTOS FERREIRA, COREN/PB 1126.	





EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJ Posto: POSTO EMERGENCIA ADT - HOSP J Leito: 118224/12 28/09/2016 10:57

Paciente: MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS Atendimento: 38374837 Prontuário: 5388498 Convênio: HAPVIDA JOAO

Professional(is): ERIKA GUALBERTO COURA COREN 270389 Nº: 06587859 17/09/2016 às 23:12

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE TIPO VELPEAU 1 JUSTIFICADO AS 23:09, EM 17/09/2016 RESP. SUPORTE ERIKA GUALBERTO COURA, COREN/PB 270389. MOTIVO: ERRO



GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA – SP/SADT Nº 24847863

1 - Registro Ana ANS nº 0	3 - Nº Guia Principal 24847863	4 - Data da Autorização	5 - Senha	6 - Data de Validade da Senha	7 - Data de Emissão da Guia 17/09/2016
------------------------------	-----------------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	---

DADOS DO BENEFICIÁRIO

8 - Número da Carteira 02313001018004011	9 - Plano PLANO EMPRESA APARTAMENTO	10 - Validade da Carteira	11 - Nome MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
---	--	---------------------------	---	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

13 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 9114695000107	14 - Nome do Contratado CLINICA ORTO E TRAUMA DE JOAO PESSOA - HGJP	15 - Código CNES 2399989
--	--	-----------------------------

16 - Nome do Profissional Solicitante BRICIO KELTON BARBOSA GONCALVES	17 - Conselho Profissional CRM	18 - Número no Conselho 7654	19 - UF PB	20 - Código CBO S
--	-----------------------------------	---------------------------------	---------------	-------------------

DADOS DA SOLICITAÇÃO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS

21 - Data/Hora da Solicitação 17/09/2016 14:48	22 - Caracter da Solicitação U E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - CID 10 S400	24 - Indicação Clínica
---	---	---------------------	------------------------

25 - Tabela	26 - Código do Procedimento	27 - Descrição	28 - Qtd Solic.	29 - Qtd Autor.
1	02 00010071	CONSULTA EM PRONTO SOCORRO	1	
2	02 52240142	TIPO VELPEAU	1	
3	-	-		
4	-	-		
5	-	-		

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE

30 - Código na Operadora/CNPJ/CPF	31 - Nome do Contratado	32 - T. Log	33-34-35. Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF	38 - Cod IBGE	39 - CEP	40 - Código CNES
-----------------------------------	-------------------------	-------------	---	----------------	---------	---------------	----------	------------------

40 - Código Operadora/CRUJ/UF/40 Exec. Competente 5017778497	41 - Nome do Profissional Executante/Complementar BRICIO KELTON BARBOSA GONCALVES	42 - Conselho Profissional CRM	43 - Número no Conselho 7654	44 - UF PB	45 - Código CBO S	46 - Grau de Participação
---	--	-----------------------------------	---------------------------------	---------------	-------------------	---------------------------

DADOS DO ATENDIMENTO

46 - Tipo de Atendimento 01 - Hemodinâmico 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quiroterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	47 - Indicação de Admissão 0 - Acidente de Trabalho relacionado ao Trabalho 1 - Transfúse 2 - Outros	48 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 3 - Referência 4 - Internação 5 - Alta 6 - Óbito
---	--	--

CONSULTA REFERENCIA

49 - Tipo de Doença A - Aguda C - Crônica	50 - Tempo de Doença A - Anos M - Meses D - Dias
--	---

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS

51 - Data	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tab	55 - Código do Procedimento	57 - Qtd	58 - Val	59 - Tec	60 - %Red / Acréscimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$
17/09/2016				00010071 CONSULTA EM PRONTO S	1					0.00
17/09/2016				52240142 TIPO VELPEAU	1					0.00

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série 1 - _____ 2 - _____ 3 - _____ 4 - _____ 5 - _____ 6 - _____ 7 - _____ 8 - _____ 9 - _____ 10 - _____
--

64 - Observação

65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis - R\$	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Diárias - R\$	70 - Total Classes Medicinais - R\$	71 - Total Geral da Guia - R\$
--------------------------------	-----------------------------------	----------------------------	-------------------------------	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------------

86 - Data e Assinatura do Solicitante 28/09/2016	87 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização	88 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável 17/09/2016	89 - Data e Assinatura do Prestador Executante 17/09/2016
---	--	---	--

R3100ANS LUIZ ALEXANDRINO DE OLIVEIRA LIMA 28/09/2016 10:57 192.854.33





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 28/09/2016 10:58:28

Nº Prescrição: 10689537	Atendimento: 38374837	Prontuário: 5388498	Data: 17/09/2016	Hora: 15:41
Paciente: MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS	Convenio: HAPVIDA JOAO PESSOA	Posto: POSTO EMERGENCIA ADT - HOSP JOAO PE	Peso: kg	Leito: 118224/12
1. TRAMAL (50.00mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL C/100MG Agora	EV	
Soro Fisiologico 0,9%	100 ml			
2. PROFENID IV (100.00mg)	100 mg	1 FRAP (C/100MG)	Agora	EV
Soro Fisiologico 0,9%	100 ml			
3. TIPO VELPEAU	1	24/24h		

RP1541

LUIZ ALEXANDRINO DE OLIVEIRA LIMA 28/09/2016 10:58

192 85 4 33



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		
PARTE NACIONAL DE IDENTIFICACAO		
<p>Nome: MICHELE AGATHA SILVA FARIAS</p> <p>COLEÇÃO/ISSUE/EMISSOR OF: 316998 89F PR</p> <p>CP: 082-064-014-07 DATA VENCIMENTO: 04/07/1990</p> <p>SEXO: F</p> <p>RENOME: WELINGTON GEBSTOVAO BERTO DE FARIAS MARIA CRISTINA DOS SANTOS E SILVA</p> <p>ESTADO: PR CIDADE: PR</p> <p>CPF: 04969039215 DATA EMISSAO: 16/12/2018 VALIDADE: 10/02/2009</p>		
<p>ÁREA DE IDENTIFICACAO</p> <p><i>Michele Agatha Silva Farias</i></p> <p>ASSINATURA DO PORTADOR</p>		
<p>LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSAO: 10/12/2014</p> <p><i>Rodrigo Corrêa/ho</i> 28505181678</p> <p>ASSINATURA DO EMISSOR PB029725321</p> <p>DETERMINAÇÃO DE CATEGORIA</p>		

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1029826867

PROIBIDO PLASTIFICAR
1029826867



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, David Pimentel Soares,
RG nº 2706516, data de expedição 14/06/11,
Órgão _____, portador do CPF nº 095432204-50, com
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Vicente Costa Filho, nº 314,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Michelle Agatha S. Farias, cujo o condutor era
o proprietário.

Veículo: motocicleta
Modelo: Honda CG 150
Ano: 2015
Placa: QFK 339
Chassi: 9C2KC168OFF303549
Data do Acidente:
Local e Data: João Pessoa, 20/06/17

David Pimentel Soares
Assinatura do Declarante)

João Pessoa

Michelle Agatha Silva Farias
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

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



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

Nº 012975838370
010652226-2 09/10/2016

DAVID PATRÍCIA SOARES

09543220501 CNPJ

09/10/2016

PAS/MOTOCICLETA 150 CM³

HONDA/CELISO 150 CM³ BSB1

2 E/149/01

IPVA 30/06/2016

PREMIO TARIFARIO (R\$) 10/09/2016

A.F. MOM DE COMERCIO HONDA LTDA

JUHO PASSOS

14346

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS / AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 012975838370 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

09/10/2016

HONDA/CELISO 150 CM³ BSB1

PREMIO TARIFARIO

SEGURO

30/06/2016

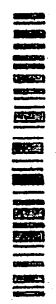
10/09/2016

SEGURO

SEGURO LIDER - DPVAT

30/06/2016

10/09/2016



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 06



David Pimentel Soares
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.706.516 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 14/06/2011

NOME DAVID PIMENTEL SOARES

FILIAÇÃO INÁCIO JUVINO SOARES
ANA VICENTE PIMENTEL

NATURALIDADE DOG ORIGEM JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 21/04/1992

NASC. N. 18246 FLS. 180 LIV. A-17
CP CARTORIO 5º JOÃO PESSOA-PB
095.432.204-50
João Pessoa - PB

ASSINADO ELETRONICAMENTE POR ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

Através do presente instrumento particular de mandato,

OUTORGANTE:

Nome: MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS

Qualificação: Advogada

CPF/MF: 082 064 014-07 RG: 3165955 SSP/PB

Endereço: Rua Jacinto Costa Filho nº 314
Cristo Redentor CEP. 58070-350

OUTORGADOS: FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA, inscrito na OAB/PB, sob o nº. 13.527 e ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO, inscrita na OAB/PB, sob o nº. 11.968. todos com escritório profissional situado na Rua Quintino Bocaiuva, 358, sala 04, Torre Cep: 58.040-320, João Pessoa – PB.

Outorgando-lhes amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 103 do CPC, para que possa representar e defender os interesses do(a) Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade parastatal, como também em seara administrativa, podendo requerer documentações em hospitais e/ou clínicas particulares, bem como, propor contra quem de direito, as ações competentes e defender as contrárias, seguindo umas e outras até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe poderes especiais para confessar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, renunciar, transigir, fazer acordo, firmar compromisso, receber e dar quitação, receber alvarás, endossar cheques, substabelecer, receber intimação ou citação, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias ou tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, fazendo tudo que se fizer de direito, sempre no interesse do(a) Outorgante. Obriga-se o Outorgante a pagar aos Outorgados, pelo cumprimento da presente procuração, o correspondente a 30(trinta por cento) do valor da indenização que receber no processo, bem como despesas realizadas em função do mesmo.

GRATUIDADE JUDICIÁRIA:

Declara ainda o Outorgante que é necessitado na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar custas e honorários sucumbenciais, sem prejuízo do sustento próprio ou da sua família, e, portanto, solicita os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA.

João Pessoa – PB, 01 de NOVEMBRO de 2017.

Michelle Agatha Silva Farias
Outorgante



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 EM 15 DE MARÇO DE 1964
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 PATENTE NACIONAL DE DESTINAÇÃO

NOME
 MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS

CPF
 3145925 RSP. FB

CPF
 082.064.014-07 DATA NASCIMENTO
 04/07/1990

RENOME
 WELLINGTON GHESTOVAO
 BRITO DE FARIAS
 MARIA CRISTINA DOS
 SANTOS E SILVA

04569039215 18/12/2018 10/02/2009

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1029826867

LOCAL
 JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
 10/12/2014

ASSINATURA DO EMISSOR
 28505181678
 FB029725321

DATA DE VALIDADE (PARA OBRIGATORIEDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271222/17
Vítima: MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS
CPF: 082.064.014-07

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 17/09/2016
Titular do CPF: MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS : 082.064.014-07

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.

Portador da documentação entregue

Data: 14/07/2017
Nome: MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS
CPF/CNPJ: 082.064.014-07

MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS

Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 14/07/2017
Nome: Sandra Maria Accioly Pedrosa
CPF: 423.820.764-53

Sandra Maria Accioly Pedrosa

F





Poder Judiciário da Paraíba
14ª Vara Cível da Capital

PROCEDIMENTO COMUM (7)

DESPACHO

Vistos, etc.

Analisando os autos, verifica-se que a promovente alega haver sofrido acidente de trânsito e que, em razão deste, suportou sequelas permanentes, que pretende sejam apuradas mediante perícia médica. Em seu pedido de mérito, pugna por receber os R\$ 13.500,00 do teto indenizatório previsto na Lei 6.194/74. Não especifica minimamente que partes do seu corpo restaram afetadas pela invalidez permanente,

Afirma ainda haver solicitado pagamento administrativo do seguro e que, até a data da distribuição desta ação, não havia obtido resposta da seguradora que, segundo relata, limitou-se a exigir documentos não previstos em lei. Embora tenha juntado o formulário do pedido administrativo, ID 10831535 – pág. 2, a parte autora não comprovou que efetivamente o enviou, embora lhe seja possível acompanhar a tramitação do pedido pelo site informado ao final do referido formulário.

É o relatório. Decido.

A Lei n. 6.194/74, que regula o seguro obrigatório DPVAT, fixa em R\$ 13.500,00 o limite máximo para pagamento das suas indenizações e traz, em seu anexo único, uma tabela de escalonamento de cobertura, em percentuais incidentes sobre o teto indenizatório. Assim, pela referida tabela, há percentuais diferenciados para cada segmento corporal e/ou função acometida pela sequela permanente.



A classificação posta na tabela em comento é de fácil compreensão e relativa simplicidade, o que permite à parte enquadrar, ao menos superficialmente, suas lesões e identificar o percentual de cobertura cabível para seu caso.

À luz do acima dito, tem-se que o pedido autoral, tal como formulado, encontra-se genérico e lacônico. Isso porque a parte autora não informa nem mesmo o a parte de seu corpo e/ou funções atingidos pelas lesões. Muito menos declina o percentual correspondente aos danos corporais sofridos.

Ocorre que os artigos 322 e 324 do CPC/2015 impõem que o pedido deve ser certo e determinado, sendo admissível formular pedido genérico, apenas nos casos especificamente previstos no §1º do art. 324, dentre os quais, quando não for possível determinar, desde logo, as consequências do ato ou do fato.

Esclareça-se que não se está aqui a exigir que o promovente proceda à graduação de sua invalidez, havendo que se distinguir a classificação da lesão, conforme a tabela contida no Anexo da Lei, e a graduação da invalidez, prevista em seu art. 3º, §1º, I, esta sim aferível apenas mediante perícia médica.

Quanto ao pedido administrativo, não há comprovação dos autos de que foi enviado à seguradora, menos ainda que esta esteja obstaculizando o pagamento do seguro.

Ante as razões acima, **intime-se** a parte autora para, em 15 dias:

a) emendar a inicial, sob pena de seu indeferimento por inépcia, a fim de que especifique as lesões sofridas e informe quais partes do seu corpo ou funções restaram lesionadas permanentemente, bem como as enquadre da tabela da Lei 6.194/74Lei do DPVAT e deduza o percentual cabível, formulando pedido certo, determinado e lógico.

b) sob pena de indeferimento da inicial, por ausência de interesse processual, comprovar que de fato enviou requerimento administrativo para recebimento do seguro e a atual situação do pedido, para tanto, juntando o resultado da consulta quanto ao andamento, obtível no site informado ao final do formulário de requerimento do seguro, ID – pág. 4.

João Pessoa, 13 de abril de 2018.



Alexandre Targino Gomes Falcão

Juiz de Direito





14ª Vara Cível da Capital

AV JOÃO MACHADO, 532, 5º ANDAR, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520

Nº do processo: 0855690-08.2017.8.15.2001

INTIMAÇÃO DE ADVOGADO(A)

De ordem do MM. Juiz de Direito da vara supra, INTIMO o(a) advogado(a) do(a) autor(a), de todo teor do despacho abaixo:

DESPACHO

Vistos, etc.

Analisando os autos, verifica-se que a promovente alega haver sofrido acidente de trânsito e que, em razão deste, suportou sequelas permanentes, que pretende sejam apuradas mediante perícia médica. Em seu pedido de mérito, pugna por receber os R\$ 13.500,00 do teto indenizatório previsto na Lei 6.194/74. Não especifica minimamente que partes do seu corpo restaram afetadas pela invalidez permanente,

Afirma ainda haver solicitado pagamento administrativo do seguro e que, até a data da distribuição desta ação, não havia obtido resposta da seguradora que, segundo relata, limitou-se a exigir documentos não previstos em lei. Embora tenha juntado o formulário do pedido administrativo, ID 10831535 – pág. 2, a parte autora não comprovou que efetivamente o enviou, embora lhe seja possível acompanhar a tramitação do pedido pelo site informado ao final do referido formulário.



É o relatório. Decido.

A Lei n. 6.194/74, que regula o seguro obrigatório DPVAT, fixa em R\$ 13.500,00 o limite máximo para pagamento das suas indenizações e traz, em seu anexo único, uma tabela de escalonamento de cobertura, em percentuais incidentes sobre o teto indenizatório. Assim, pela referida tabela, há percentuais diferenciados para cada segmento corporal e/ou função acometida pela sequela permanente.

A classificação posta na tabela em comento é de fácil compreensão e relativa simplicidade, o que permite à parte enquadrar, ao menos superficialmente, suas lesões e identificar o percentual de cobertura cabível para seu caso.

À luz do acima dito, tem-se que o pedido autoral, tal como formulado, encontra-se genérico e lacônico. Isso porque a parte autora não informa nem mesmo o a parte de seu corpo e/ou funções atingidos pelas lesões. Muito menos declina o percentual correspondente aos danos corporais sofridos.

Ocorre que os artigos 322 e 324 do CPC/2015 impõem que o pedido deve ser certo e determinado, sendo admissível formular pedido genérico, apenas nos casos especificamente previstos no §1º do art. 324, dentre os quais, quando não for possível determinar, desde logo, as consequências do ato ou do fato.

Esclareça-se que não se está aqui a exigir que o promovente proceda à graduação de sua invalidez, havendo que se distinguir a classificação da lesão, conforme a tabela contida no Anexo da Lei, e a graduação da invalidez, prevista em seu art. 3º, §1º, I, esta sim aferível apenas mediante perícia médica.

Quanto ao pedido administrativo, não há comprovação dos autos de que foi enviado à seguradora, menos ainda que esta esteja obstaculizando o pagamento do seguro.

Ante as razões acima, **intime-se** a parte autora para, em 15 dias:

a) emendar a inicial, sob pena de seu indeferimento por inépcia, a fim de que especifique as lesões sofridas e informe quais partes do seu corpo ou funções restaram lesionadas permanentemente, bem como as enquadre da tabela da Lei 6.194/74Lei do DPVAT e deduza o percentual cabível, formulando pedido certo, determinado e lógico.



b) sob pena de indeferimento da inicial, por ausência de interesse processual, comprovar que de fato enviou requerimento administrativo para recebimento do seguro e a atual situação do pedido, para tanto, juntando o resultado da consulta quanto ao andamento, obtível no site informado ao final do formulário de requerimento do seguro, ID – pág. 4.

João Pessoa, 13 de abril de 2018.

Alexandre Targino Gomes Falcão

Juiz de Direito

João Pessoa, 30 de maio de 2018.

Rosa Germana Souza dos Santos Lima

Técnico Judiciário



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL DA
COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB.**

MICHELE AGATHA SILVA FARIAS, já qualificado nos autos, por seus advogados, adiante assinados, legalmente constituídos nos termos do instrumento procuratório acostado, com escritório profissional sito à Rua Quintino Bocaiúva, 358, sala 04, Torre, nesta Capital, onde receberão as notificações e intimações de estilo que o caso requer, vem, com a devida vênia, perante Vossa Excelência, em cumprimento do despacho retro, nos termos do Art. 321 do CPC, informar e requerer o que segue:

O demandante fora vítima de acidente de trânsito e ciente da cobertura do Seguro DPVAT, pleiteou a liberação do mesmo pela VIA ADMINISTRATIVA conforme protocolo de abertura de sinistro junto a Seguradora Líder em anexo.

Cumpre destacar, inobstante ter o promovente obedecido os preceitos insculpidos na Lei 6194/74, a promovida sem qualquer justificativa plausível e como senão bastasse extrapolado o prazo legal de pagamento, cancelou o referido procedimento.

Desta feita, vendo frustrado seus Direitos, a parte autora ingressou com a referida demanda colacionando aos autos o Boletim de Ocorrência e o **Laudo/Prontuário Médico, que ATESTAM o ocorrido e suas LESÕES.**

Pugnou o demandante pela realização de perícia Médica afim de que se possa **ATESTAR as SEQUELAS decorrentes das LESÕES SOFRIDAS, avaliando o segmento corporal afetado e a função acometida, nos termos do artigo 3º, §1º, INC I e II.**

No caso em apreço o Segurado, sofreu lesão em **Membro SUPERIOR – segmento da ombro.**

Reitera assim o promovente pela realização de Perícia Médica, **com o fito de atestar e legalmente enquadrar o percentual da sequela resultante no membro afetado e as funções comprometidas e seus reflexos.**

Por fim, considerando que o patamar máximo indenizável é de **ATÉ R\$ 13.500,00** (treze mil e quinhentos reais), bem como que a indenização tem percentuais distintos, a ser



aplicado de acordo com sequela avaliada anatômica e funcionalmente, no caso em apreço, entendemos que o percentual máximo a ser aferido, poderá chegar a limite indenizável de R\$ 9450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais). Sendo, portanto, esse o valor a ser atribuído a causa.

Quanto ao PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO, ocorre que, A PARTE AUTORA REQUEREU INDENIZAÇÃO VIA ADMINISTRATIVA (PROTOCOLO EM ANEXO), NÃO OBTENDO ATÉ A PRESENTE DATA QUALQUER RESPOSTA DA SEGURADORA RESPONSÁVEL, APENAS EXIGINDO DOCUMENTOS ALÉM DAQUELES DOS PREVISTOS EM LEI, QUE SÃO O BOLETIM DE OCORRÊNCIA E A PROVA DE QUE A VÍTIMA SOFREU LESÕES EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUE É O PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO, TENDO SIDO DEVIDAMENTE ENCAMINHADO JUNTAMENTE COM O FORMULÁRIOS EXIGIDOS, POR ISSO DIFICULTANDO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO, ALÉM DE EXTRAPOLAR O PRAZO LEGAL PARA O REFERIDO PAGAMENTO.

“Art . 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.”

Além disso a Lei nº 6.194/74, que instituiu o Seguro obrigatório – DPVAT, alterada pela Lei nº 8.441/92 e 11.482/2007, em seu conteúdo normativo não estabelece a necessidade de **esgotamento da esfera administrativa**, afim de pleitear o recebimento do seguro, assim como não exige a negativa por parte das seguradoras que fazem parte do sistema, para tal fim. Como se não bastasse, a Constituição Federal de 1988, diferentemente da anterior, afastou a necessidade da chamada jurisdição condicionada ou instância administrativa de curso forçado, pois já se decidiu pela inexigibilidade de exaurimento das vias administrativas para obter-se o provimento judicial.

Nestes termos. Espera deferimento.

João Pessoa, 03 de julho de 2018.



Fabio Carneiro Cunha Lima

Advogado – OAB/PB nº. 13.527

Ana Raquel de S. e S. Coutinho

Advogada – OAB-PB nº. 11.968





(/)



Buscar no site



A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170393466 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS
COBERTURA Invalidez






PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

SINCOR/PB

BENEFICIÁRIO MICHELLE AGATHA SILVA FARIAS**CPF/CNPJ:** 08206401407**Posição em 03-07-2018 10:42:39**

Seu pedido de indenização foi negado, pois não recebemos a documentação complementar que foi solicitada em nossa última correspondência.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
21/01/2018	Negativa por ausência de comprovação documental	
26/07/2017	Exigência Documental	
26/07/2017	Aviso de Sinistro	

ACESSIBILIDADE

[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](/Pages/Acessibilidade.aspx)[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documentos Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO



[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](#)

[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx\)](#)

[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.
(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(<https://www.seguradoralider.com.br>)

(<https://www.facebook.com/seguradoraliderdpvatoficial/>)
(<https://www.linkedin.com/company/seguradoraliderdpvatoficial/>)
(<https://www.instagram.com/seguradoraliderdpvatoficial/>)
(https://www.youtube.com/channel/UCBjz9aBn1DmTfjv1at_oficial/)
trk=tyah&trkInfo=clickedVertical:company%2cclickedEntityId:10845224%2cidx:2-1-2%2ctarId:1467409339633%2ctas:Seguradora%20%C3%ADder)

Serviços

- › [Acompanhe seu Processo \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](#)
- › [Consulta a Pagamentos \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx\)](#)
- › [Saiba Como Pagar \(/Pages/Saiba-como-pagar.aspx\)](#)
- › [Pontos de Atendimento \(/Pontos-de-Atendimento\)](#)
- › [Como Pedir Indenização \(/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao\)](#)

Dúvidas e Respostas

- › [A Seguradora Líder-DPVAT \(/Pages/Quem-Somos.aspx\)](#)
- › [Sobre o Seguro DPVAT \(/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx\)](#)
- › [Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)
- › [Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)
- › [Dicionário do Seguro DPVAT \(/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT\)](#)
- › [Autoatendimento \(/Seguro-DPVAT/autoatendimento\)](#)



Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- › SAC DPVAT (/Contato/Sac-DPVAT)
- › Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- › Denúncia de Fraudes (/Contato/Denuncia-de-Fraudes)

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)





Poder Judiciário da Paraíba
14ª Vara Cível da Capital

DESPACHO

Vistos, etc.

A c o l h o a e m e n d a r e t r o .
Deixo de designar audiência junto ao Centro Judicial de Solução Consensual de conflitos - CEJUSC deste Fórum central, nos termos dos arts. 334 e seguintes do NCPC, em razão de se tratar de processo de DPVAT ajuizado há mais de dois anos e em que ainda não foi instaurado o contraditório. DESSA FORMA, por medida de celeridade processual, CITE-SE A RÉ PARA APRESENTAR CONTESTAÇÃO EM QUINZE DIAS, SOB PENA DE REVELIA

C u m p r a - s e c o m g r a t u i d a d e .

João Pessoa - PB, (data do protocolo eletrônico).

ALEXANDRE TARGINO GOMES FALCÃO

JUIZ DE DIREITO



Poder Judiciário da Paraíba
14ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA()

Nº do processo: 0855690-08.2017.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [SEGURO]

MANDADO DE CITAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 14ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte Nome:
B R A D E S C O S E G U R O S S / A
Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, - lado ímpar, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131
para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta-a, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão aceitos,
como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial, cuja cópia segue em anexo.

JOÃO PESSOA, em 7 de agosto de 2019.

De ordem, KAREN ROSALIN DE ALMEIDA ROCHA MAGALHAES
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:

<https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:
XXXXXXXXXXXXXX



CERTIDÃO

Certifico para os devidos fins que dei inteiro cumprimento ao presente mandado, citando BRADESCO SEGUROS S.A. Dou fé.

14 de agosto de 2019

TATIANA ALTIERI ARAUJO



9284

Poder Judiciário da Paraíba
14ª Vara Cível da Capital
AV JOÃO MACHADO, S/N, - até 999/1000, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-520
JOÃO PESSOA()

Nº do processo: 0855690-08.2017.8.15.2001
Classe: PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)
Assunto(s): [SEGURO]

MANDADO DE CITAÇÃO

O MM. Juiz de Direito da 14ª Vara Cível da Capital manda ao oficial de justiça que, em cumprimento a este, cite a parte
Nome: BRADESCO SEGUROS S/A
Endereço: PQ SOLON DE LUCENA, 641, - lado ímpar, CENTRO, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58013-131
para querendo defender-se, no prazo de 15 dias. Advirta-a, outrossim, de que não sendo contestada a ação, presumir-se-ão
aceitos, como verdadeiros, os fatos articulados pelo autor, constantes da inicial, cuja cópia segue em anexo.


JOÃO PESSOA, em 7 de agosto de 2019.

De ordem, KAREN ROSALIN DE ALMEIDA ROCHA MAGALHAES
Servidor

PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK: <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:
XXXXXXXXXXXXXX

-09-Ago-2019-08:55-177758-U

Bradesco Auto Re Cia de Seguros.

 Assinado eletronicamente por: KAREN ROSALIN DE ALMEIDA
ROCHA MAGALHAES
07/08/2019 01:27:13
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>
ID do documento: 23285618


Rosimar Soares Costa
Assistente Operacional
8337/Sucursal João Pessoa - PB



19080701271275500000022575428

imprimir

