



Número: **0805258-14.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/02/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA (AUTOR)		MARIA OLETRIZ DE LIMA FILGUEIRA (ADVOGADO)	
FLAVIA FERREIRA (AUTOR)		MARIA OLETRIZ DE LIMA FILGUEIRA (ADVOGADO)	
BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGUROS (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38802759	27/01/2021 15:55	Petição	Petição
38802761	27/01/2021 15:55	2700882_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
38802763	27/01/2021 15:55	2700882_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **FLAVIA FERREIRA**

Nº Sinistro: **3180536834**
Vítima: **CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA**
Data do Acidente: **14/09/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180536834**.

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 13612052

Pag. 01729/01730 - carta_01 - INVALIDEZ



00010865



Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180536834

Vítima: CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA

Data do Acidente: 14/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), FLAVIA FERREIRA

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

Comprovação de ato declaratório
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. 00259/00260 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13613676





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

700.208.124-18

CAIO UANOGR DE MOURA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FLÁVIA FERREIRA	CPF titular da conta 035.323.884-80	Profissão DO LAR
Endereço RUA ERNANDO MARINHO FILHO	Número 65	Complemento CASA
Bairro ALTO DOMATEUS	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB
CEP 58.090.635		Telefone (DDD)

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

RECLAMAR INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	ATE R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATE R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção: BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA 0036 (informar dígito se existir)	CONTA 6319 (informar dígito se existir)	BANCO Nome	AGÊNCIA Nome

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.

JOÃO PESSOA, 06 de novembro de 2018

Local e Data

Flávia Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PAPFF.001 V001/2017



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAG 0800 725 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

309-623110991-0

05/NOV/2018

HORA DE 15:39:5

LOT: 13.013102-4
LOCALIDADE: JOAO PESSOA
AG. VINCULADA: 0036

TERM: 01865

CONTROLE: 61746041

DEPOSITO EM DINHEIRO

0036 013 00006119-9

FLAVIA FERREIRA

VALOR :

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

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPOSITO

309-623110991-0

10 VIA

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

14 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA





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

700.208.124-18

CAIO UANOGR DE MOURA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo FLÁVIA FERREIRA	CPF titular da conta 035.323.884-80	Profissão DO LAR
Endereço RUA ERNANDO MARINHO FILHO	Número 65	Complemento CASA
Bairro ALTO DOMATEUS	Cidade JOÃO PESSOA	Estado PB
CEP 58.090-635		Telefone (DDD)

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECLAMO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	ATE R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATE R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATE R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATE R\$ 7.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção: BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA 0036 (informar dígito se existir)	CONTA 6319 (informar dígito se existir)	BANCO Nome	AGÊNCIA Nome

Stamp: COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA S/A. 1º SEMESTRE 2018. AG. JOÃO PESSOA

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, 06 de novembro de 2018

Local e Data

Flávia Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PAPFF-001 V001/2017



CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAG 0800 725 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

309-623110991-0

05/NOV/2018

HORA DE 15:39:5

LOT: 13.013102-4
LOCALIDADE: JOAO PESSOA
AG. VINCULADA: 0036

TERM: 01865

CONTROLE: 61746041

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0036 013 00006119-9

FLAVIA FERREIRA

VALOR :

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

309-623110991-0

1ª VIA

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

14 NOV. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02123.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02123.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:25 horas do dia 06 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Flavia Ferreira**, CPF nº 035.323.884-80, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Maria de Fatima Martiniano da Silva e Raimundo Gaspar Ferreira, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 10/05/1976 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Ernandes Marinho Filho, Nº 065, bairro Alto do Mateus, tendo como ponto de referência Ponto Final dos Ônibus, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98895-0490.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Principal -próximo Ao Campo de Futebol, Campo de Futebol, João Pessoa/PB, bairro Alto do Mateus; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 14/09/18 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

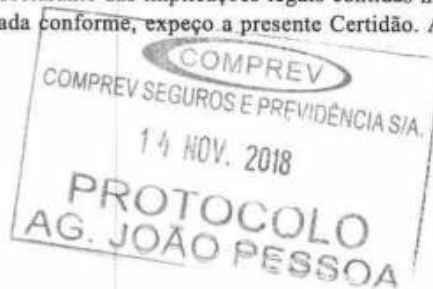
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE segundo a declarante já qualificada acima, relata que o seu filho menor de 16 anos de idade de nome:CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA, CPF nº 700.208.124-18,Rg nº 4.717.605 SSP/PB, filho da declarante e de Manoel Gomes de mouro;QUE segundo a declarante o seu filho vinha de carona no veículo tipo motocicleta, marca e modelo:HONDA/POP 110 I ,ano e modelo:2018 de cor Branca, placa:QSC 5568/PB,Chassi nº 9C2JB0100JR114194,registrado em nome de Paulo Pereira de Moura-CPF nº 061.713.344-13,CNH registro: 044597122273,categoria "AB",QUE segundo a declarante o piloto vinha com destino a uma farmácia, quando o piloto caiu em um buraco vindo o mesmo a perder o controle e caído ao chão, vindo a se machucar o carona;QUE o seu filho (carona) foi socorrido por terceiro para o ortotrauma conforme laudo médico CID 10 S82,1 datado de 28/09/2018, ASSINADO PELO MÉDICO:Arão S.de Alencar CRM 7967/PB;QUE não quer representar criminalmente. OBS SEGUE DECLARAÇÃO DO HOSPITAL SAMARITANO COM COPIAS DO PRONTUÁRIO.

ADENDO(S):

Que na data 06/11/2018, à(s) 09:47 horas, na Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: CNH REGISTRO Nº 04459712273. Adendo registrado por: José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula: 1372611.

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.



Procedimento Policial: 02123.01.2018.1.00.420



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital

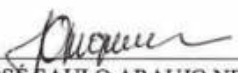


**POLÍCIA
CIVIL**
P A R A Í B A



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 06 de novembro de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigacao


FLAVIA FERREIRA
Noticiante



Procedimento Policial: 02123.01.2018.1.00.420

2/2



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

CAIO MANOEL DE MOURA

CPF da Vítima

700.208.124-18

Data do Acidente

14/09/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

FLAVIA FERREIRA

CPF do Representante legal

035.323.984-80

Email

Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §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.

JOÃO PESSOA 06 de novembro de 2018

Local e Data

Flavia Ferreira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1001 V001/2017



- ☐ Dr. Andre Luis L. G. de Siqueira
- ☐ Dr. Antônio Almeida de Lacerda
- ☐ Dr. Arão Santos de Alencar
- ☐ Dr. Felipe Tavares Sena
- ☐ Dr. Francisco Kartney S. Pedrosa
- ☐ Dr. Milton da Silva Linhares
- ☐ Dr. Remo Soares de Castro
- ☐ Dr. Rodrigo Castro do Amaral
- ☐ Dr. Rômulo Soares de Castro
- ☐ Dr. Rossana Cavalcante Almeida
- ☐ Dr. Túlio Augusto de M. Tormes
- ☐ Dr. Vlademir Antônio Cousseau

Ato declaratório



ORTOTRAUMA

■ ORTOPEDIA ESPECIALIZADA ■

LAUDO MÉDICO

CAIO MANOEL FERREIRA DE MORUA

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO NO DIA 14/09/2018, COM FRATURA DE PLATO TIBIAL LATERAL E MEDIAL, ASSOCIADO A AVULSÃO DE ESPINHA TIBIAL E FRATURA -AVULSÃO DO LIG CRUZADO POSTERIOR, REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO COM OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSO E HOJE APRESENTA-SE EM TRATAMENTO AMBULATORIAL.

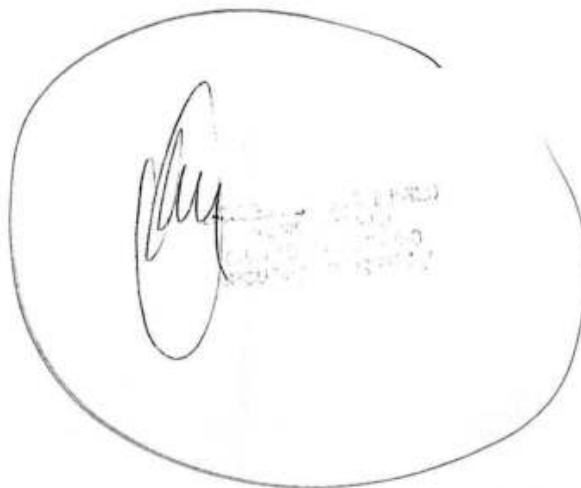
CID: S82.1

JOÃO PESSOA - 28/09/2018

ARÃO S. DE ALENCAR

CRM-PB 7967 TEOT 14049

CIR. DO JOELHO



- Ortopedia
- Cirurgia da Mão
- Cirurgia do Joelho
- Cirurgia do Quadril
- Oncologia Musculoesquelética
- Cirurgia do Ombro

Av. Epitácio Pessoa, 2491
 Pedro Gondim - João Pessoa / PB
 Fones: (83) 3508.5001 / 3508.5002
 3244.1452

Raio X •
 Artroscopia •
 Clínica de Fraturas •
 Ortopedia Pediátrica



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:	18/12/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FLAVIA FERREIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000006119-9

Nr. da Autenticação 431533A428CB9D73



FLAVIA FERREIRA
RUA ERNANDO MARINHO FILHO, S/N / Q 5 L 65 - ALTO DO MATEUS
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58050935 (A.G. 1)
Emissão: 17/09/2018 Referência: Set / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO 9/230 Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-660
Fatura: 3 - 1 - 348 - 1840 Nº medidor: 000C1124356



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 06.985.183/0001-43 - Insc. Est. 18.015.923-0

Não Facilita Contato Energia Elétrica Nº 12.433.309
Cód. para Débito Automático: 00003246626

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/ RAN
Set / 2018	17/09/2018	17/10/2018	036.323.864-60 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/324662-6

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
7/08/18	21331	17/09/18	21483	1
Demonstrativo				
Descrição				
Quantidade Tensão Valor Base Cód. Alg. ICMS(%) Base Calc. PIS(%) Cód. Inc. Tributos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS PIS/Cofins(R\$) 0,800000(0,7164%)				
3211 Consumo em kWh	162,000 0,798820	128,37	128,37 27 34,83	128,37 1,04 4,80
3211 Adic. B. Vermelha		11,93	11,92 27 3,18	11,92 0,08 0,44
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
3217 CONTRIB. SERV. ILUM. PÚBLICA		5,85	0,00 0 0,00	0,00 0,00 0,00
3214 COMPENSAÇÃO POR INDICADOR OMV 07/2018		-0,32	0,00 0 0,00	0,00 0,00 0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL * 146,52 141,18 38,12 141,18 1,19 5,24

Média últimos meses (kWh) 141
VENCIMENTO 24/09/2018
TOTAL A PAGAR R\$ 146,52

Histórico de Consumo (kWh)
135 | 145 | 142 | 147 | 136 | 142 | 140 | 151 | 41 | 253 | 128 | 125
Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18

RESERVADO AO FISCO
fd36.eed4.7656.2cac.0833.86d8.25c3.d6e9

Indicadores de Qualidade 7/2018 Referência				Composição do Consumo		
Limite da ANEEL	Atingido	Índice de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DIC GENSAL 4,95	3,22	VOMENAL 220		Serviço de Dist. da Energia/PB	31,54	21,47
DIC TRIMESTRAL 9,91				Compra de Energia	52,19	35,65
DIC ANUAL 19,82		CONTRATADA JÁVITE INFERIOR 202		Serviço de Transmissão	4,02	2,73
DIC GENSAL 3,23	1,00			Encargos de Serviço	7,67	5,23
DIC TRIMESTRAL 6,47		JÁVITE SUPERIOR 231		Impostos Civis e Encargos	50,14	34,15
DIC ANUAL 12,94				Outros Serviços	0,00	0,00
DIC 2,22	3,22			Total	146,54	100,00
DIC 12,22				Valor do EL 00 (Ref. 7/2018) R\$ 34,19		

ATENÇÃO
Requisito Tensão-Vigência 26/05/18-Res. ANEEL nº 2.433-Baixa Tensão 15,41% Médio
Requisito Tensão-Vigência 26/05/18-Res. ANEEL nº 2.433-Alta Tensão 18,75% Médio

Faturas em atraso

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
14 NOV. 2018
PROTOCOLADO
AG. JOÃO PESSOA



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, PAULO PEREIRA DE MOURA,
RG nº 2.988.304, data de expedição 02/03/2002, Órgão SSP/PB,
portador do CPF nº 063.713.344-13, com Domicílio na
cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de PARAIBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA JULIO PORFÍRIO DE OLIVEIRA, ALTO DO MATEUS
nº 176, complemento AP 202, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA,
cujo o condutor era PAULO PEREIRA DE MOURA.

Veículo: MOTOCICLETA
Ano: 2018
Modelo: 2018
Placa: QSC 5568-PB
Chassi: 9C2JB03003R114194
Data do acidente: 14/09/2018

Local e data: JOÃO PESSOA, 29/10/2018



X Paulo Pereira de Moura
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X Paulo Pereira de Moura
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status



- ☐ Dr. Antônio Almeida de Lacerda
- ☐ Dr. Arão Santos de Alencar
- ☐ Dr. Felipe Tavares Sena
- ☐ Dr. Francisco Kartney S. Pedrosa
- ☐ Dr. Milton da Silva Linhares
- ☐ Dr. Remy Soares de Castro
- ☐ Dr. Rodrigo Castro do Amaral
- ☐ Dr. Rômulo Soares de Castro
- ☐ Dr. Rossana Cavalcante Almeida
- ☐ Dr. Túlio Augusto de M. Tormes
- ☐ Dr. Tibiricá de Medeiros Barbosa
- ☐ Dr. Vladimir Antônio Cousseau



ORTOTRAUMA
■ ORTOPEDIA ESPECIALIZADA ■

Para: CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA
LAUDO MÉDICO

PACIENTE COM HISTÓRIA DE QUEDA DE MOTO HA 2,5 MESES, COM FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL (PLATO TIBIAL MEDIAL COM CISALHAMENTO E DEPRESSÃO ARTICULAR, AVULSÃO ESPINHA TIBIAL E AVULSÃO DO LCP SEM DESVIO). FOI SUBMETIDO AO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSINTESE DE ESPINHA COM PARAFUSO CANULADO, LEVANTAMENTO DE SUPERFÍCIE ARTICULAR E OSTEOSINTESE MEDIAL COM PLACA E PARAFUSO, COM INDICAÇÃO DE RETIRADA DE PARAFUSO DE ESPINHA TIBIAL APÓS CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA. HOJE APRESENTA-SE COM FRATURA CONSOLIDADA. APRESENTANDO LIMITAÇÃO DO JOELHO, COM DEFICIT DE FLEXÃO E DE EXTENSÃO.

CID: S821

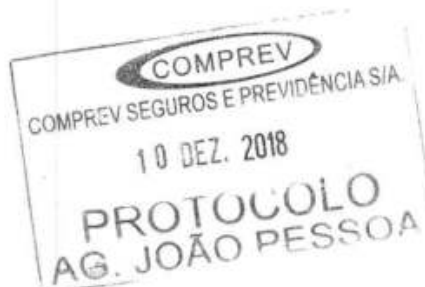
Arão S. de Alencar
Ortopedista / TEOT 14049
Cirurgia do Joelho
CRM-PB 7967 / CBO 362257

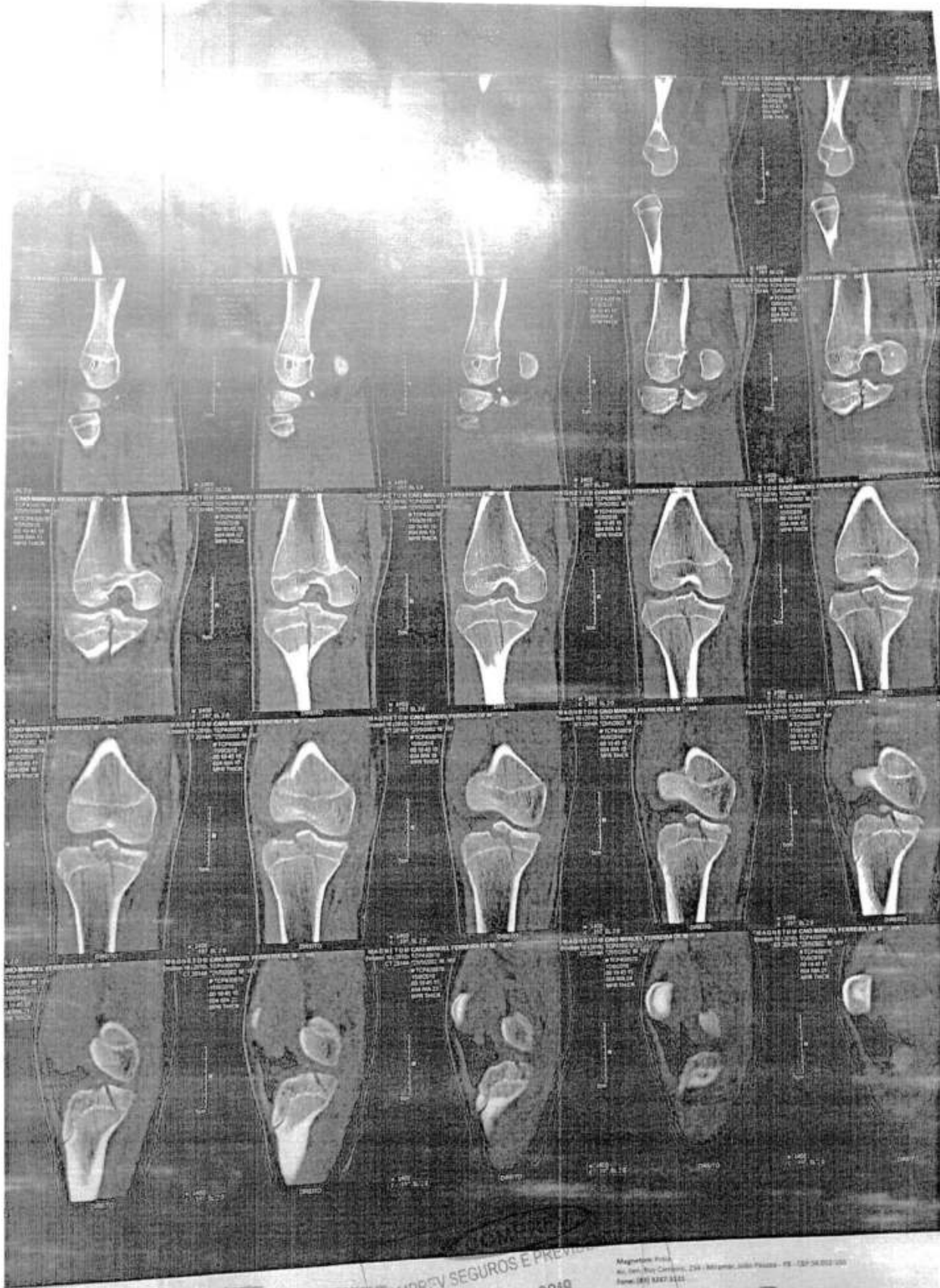
JOÃO PESSOA, 26/11/2018

- Ortopedia
- Cirurgia da Mão
- Cirurgia do Joelho
- Cirurgia do Quadril
- Cirurgia do Cotovelo
- Cirurgia do Ombro
- Cirurgia do Pé e Tornozelo

Av. Epitácio Pessoa, 2491
Pedro Gondim - João Pessoa / PB
Fones: (83) 3508.5001 / 3508.5002
3244.1452

Raio X •
Artroscopia •
Clínica de Fraturas •





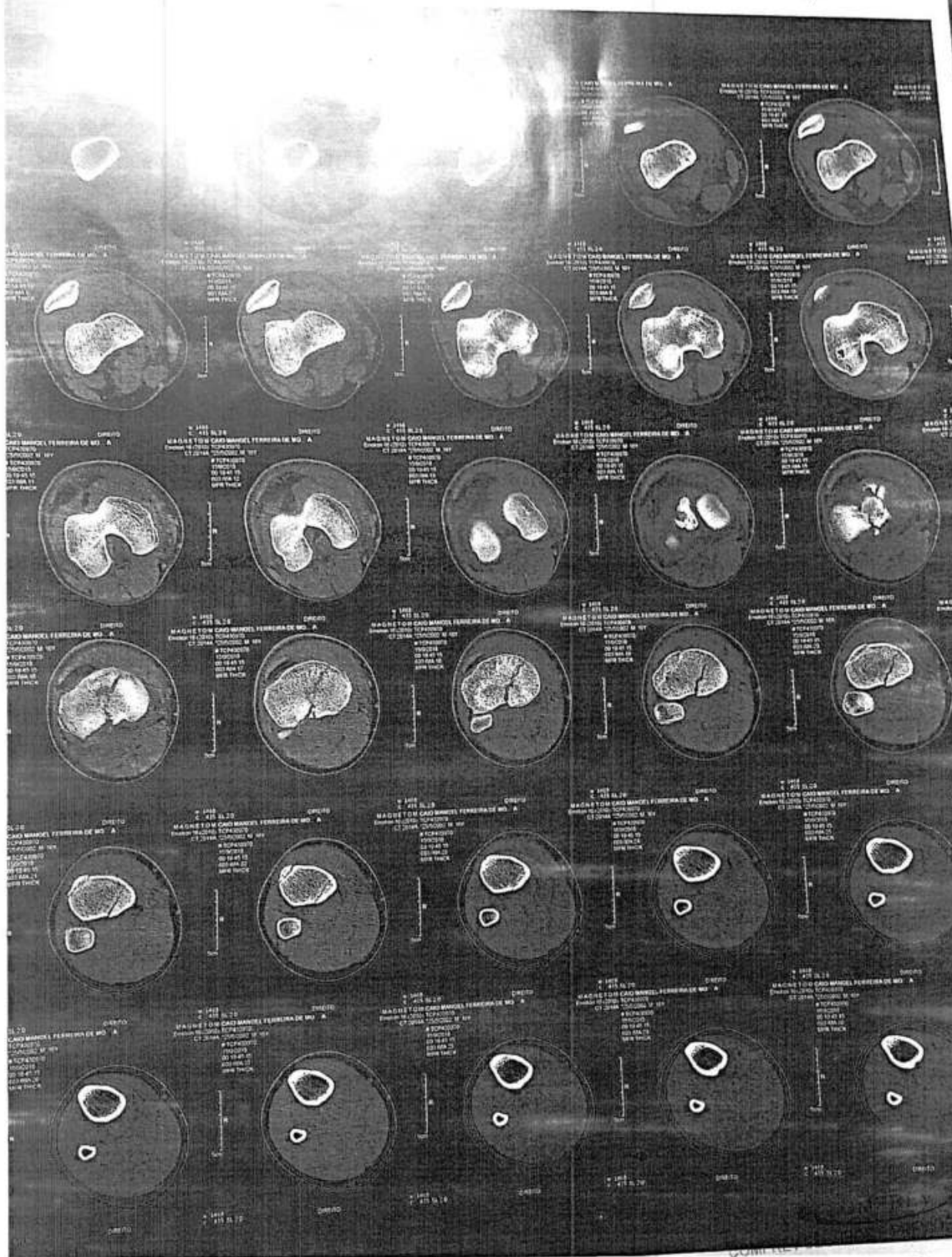
COMPREV SEGUROS E PREVIDENTE

10 DEZ. 2018

PROTOCOLO
#30 PESSOA

Magnifico Pólo
Av. Gen. Ruy Carneiro, 238 - Miramar, João Pessoa - PB - CEP 54.000-000
Fone: (83) 3367.3121



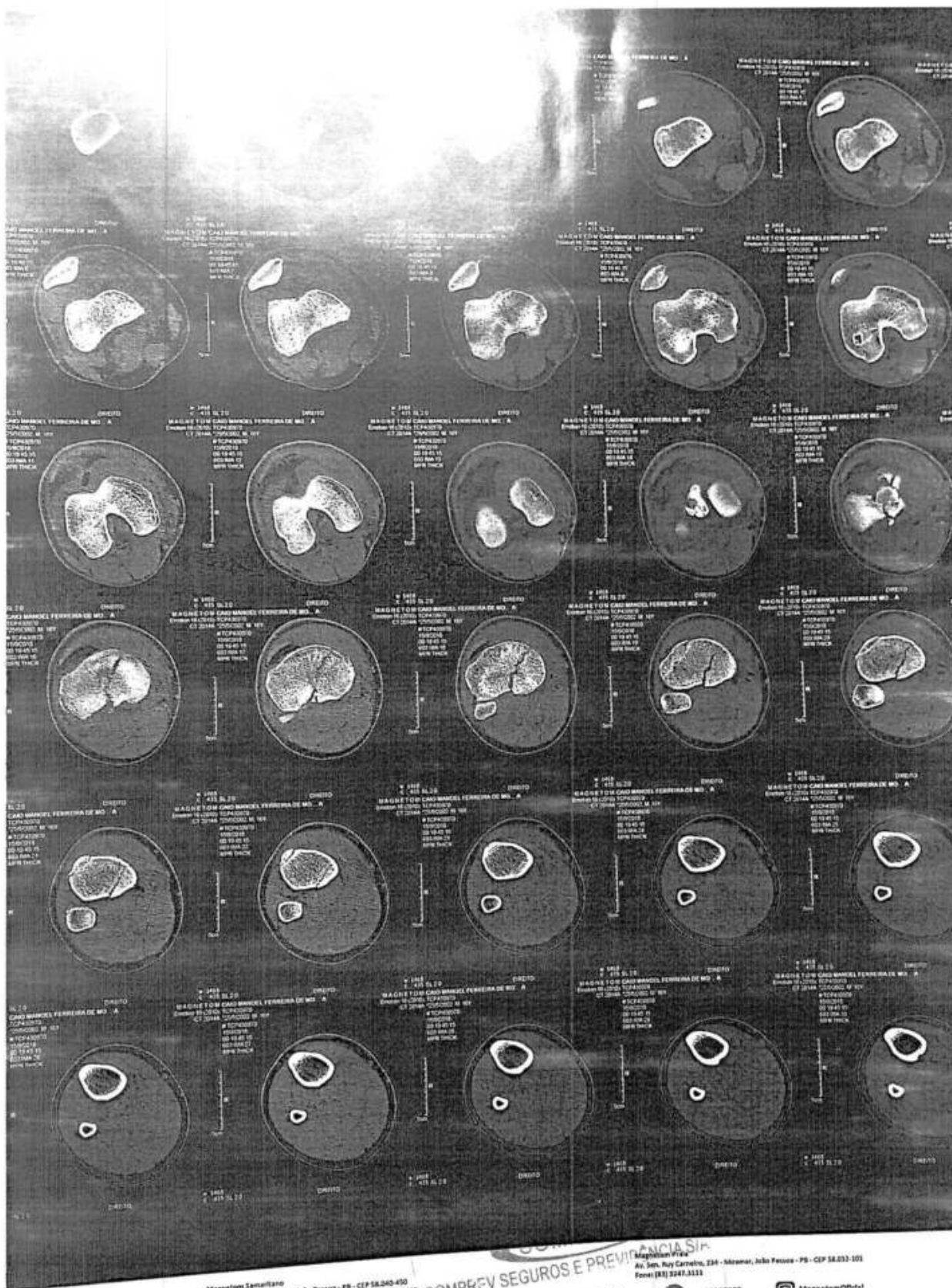


CIA S/A

10 DEZ. 2018

PROTOCOLO
AC 09330





Magnétom Sanitizante

Auto Pericuto - PB - CEP 58.240-450

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Av. Sen. Ray Corrêa, 234 - Aldeamar, João Pessoa - PB - CEP 58.252-101
Fone: (81) 3247.3333

10 DEZ. 2018

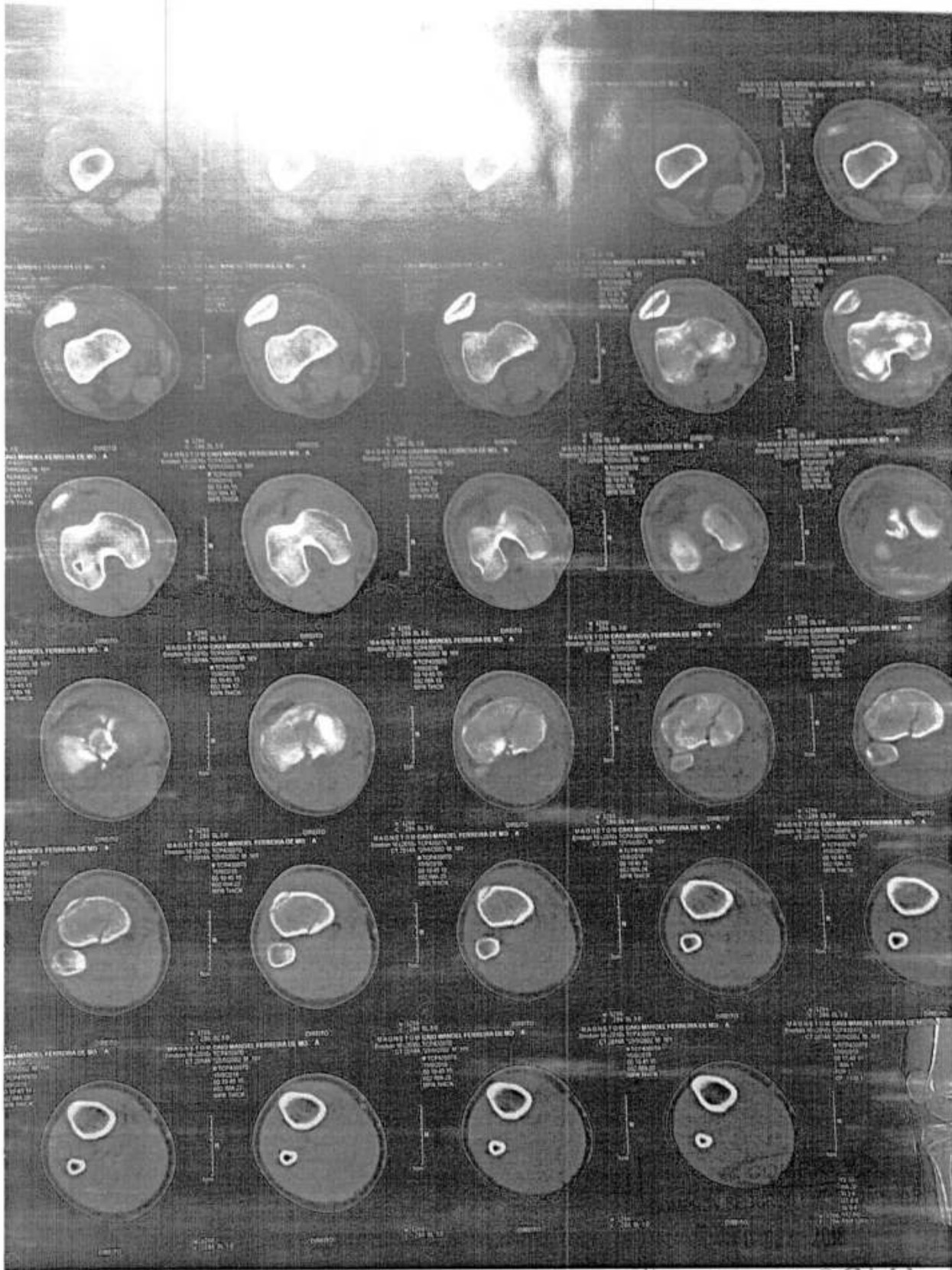
FRUICOCOLO
DE PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:55:25

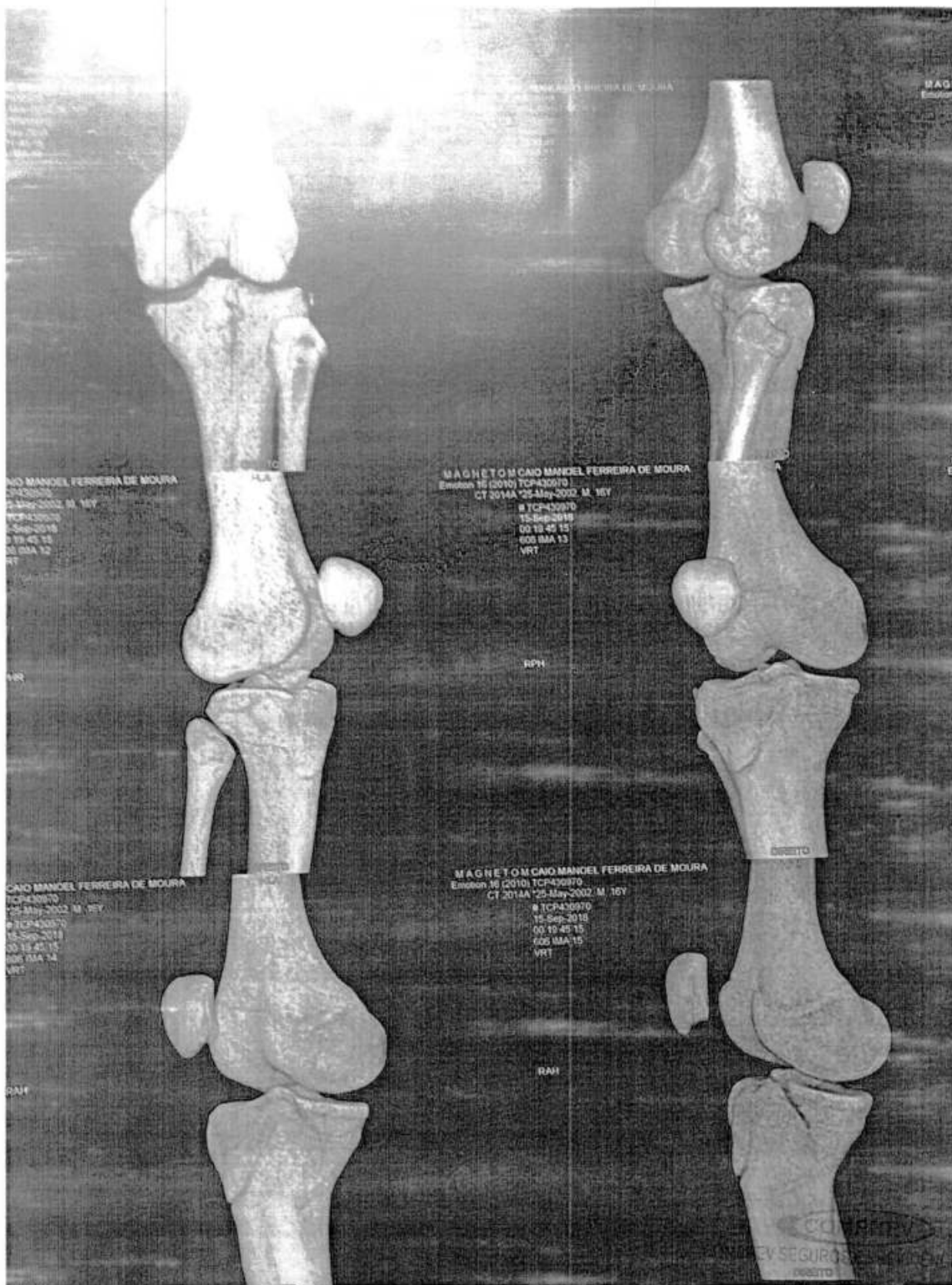
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715552464100000036994531>

Número do documento: 21012715552464100000036994531



PROTOKOLO
AG. JOÃO PESSOA



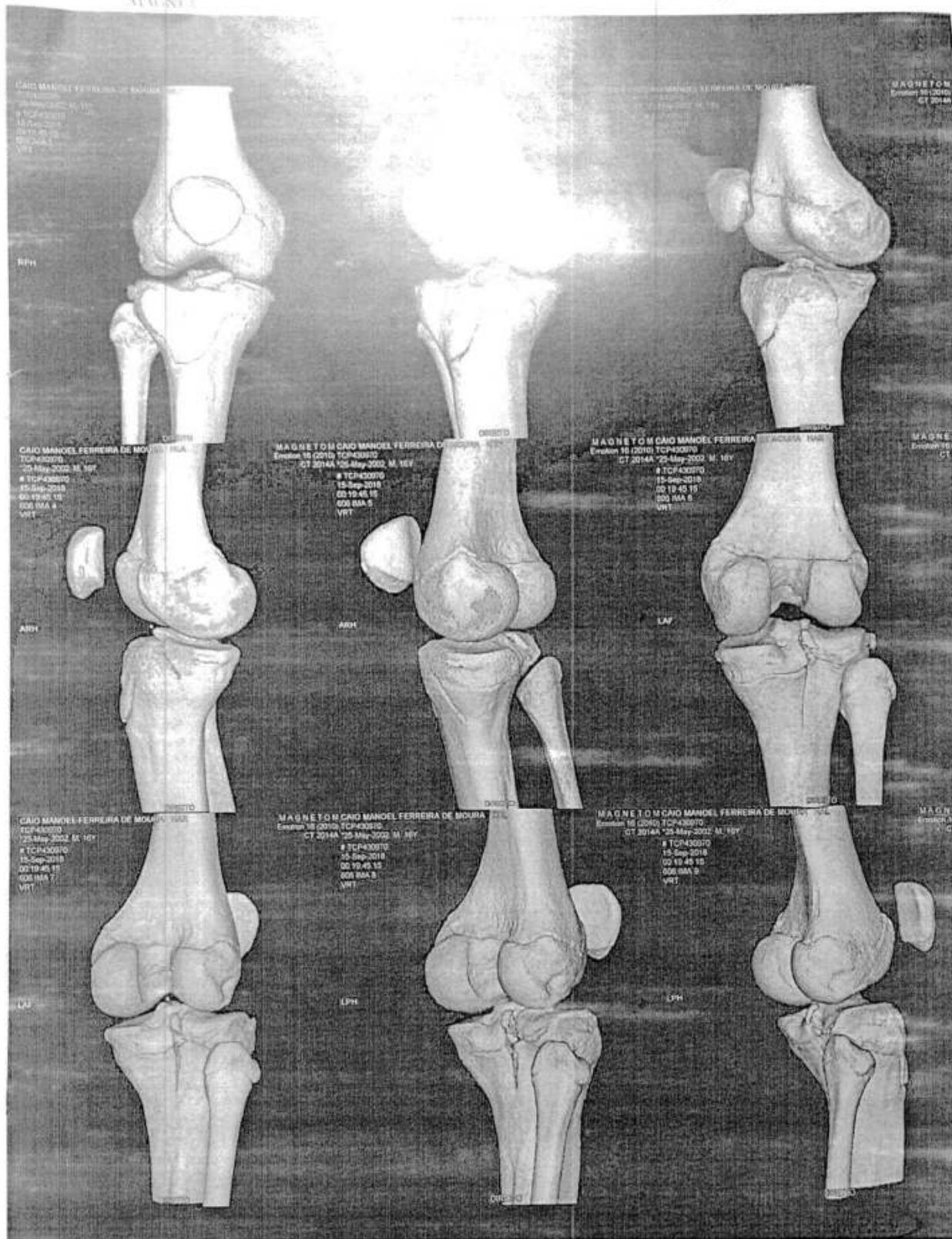


COSEV SEGUROS E SERVIÇOS S/A.

10 DEZ. 2018

PROTÓCOLO
13 JOÃO PESSOA





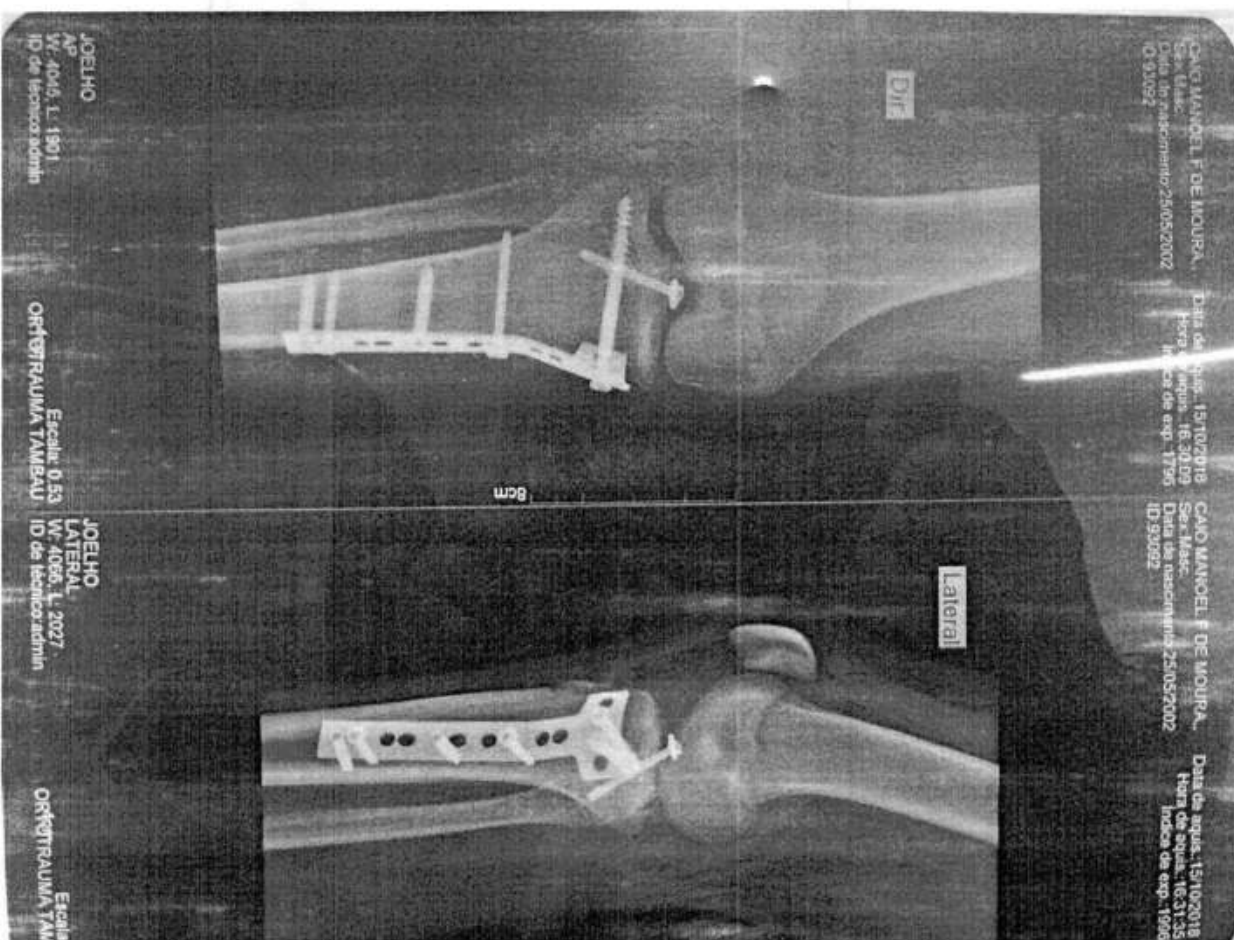
COMPANHIA SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

10 DEZ. 2018

PROTOCOLO







COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 10 DEZ. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA





João Pessoa, 03 de Dezembro 2018

Meu filho menor CAIO MANUEL FERREIRA DE MOURA, brasileiro, solteiro, estudante, portador do RG nº. 4.717.605 - SSP/PB e inscrito no CPF sob o nº. 700.208.123-18, neste ato representado por sua genitora, FLAVIA FERREIRA, brasileira, solteira no CPF sob nº 035.323.884-80, podendo ser intimado na Rua ERNANDO MARINHO FILHO - nº 65 Alto matheus

João Pessoa - PB, CEP: 58.090.635, foi vítima de acidente de moto ocorrido no dia 14 de setembro de 2018 enquanto vinha pela estrada, o condutor da moto caiu em um buraco, perdeu o controle e caiu ao solo, onde, em decorrência disso, CAIO MANUEL que estava de correntina sofreu diversas lesões e escoriações. Sendo assim, ele foi socorrido por terceiros ao ORTOTRAUMA, posteriormente, ele foi transferido para o HOSPITAL SAMARITANO onde foram realizados médicos tratamentos cirúrgicos para CID. S82.1, conforme se verifica nos laudos médicos, RX que segue em anexo bem como os demais prontuários que se encontram em posse da Seguradora

Assino a presente carta firmada por a
mais pura verdade



Flavia Ferreira

RG nº. 2.536.322 - SSP/PB
CPF nº 035.323.884-80

Flavia Ferreira



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.717.605 DATA DE EXPEDIÇÃO 17/07/2018

NOME CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA

FILIAÇÃO MANOEL GOMES DE MOURA
FLAVIA FERREIRA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 25/05/2002

DOC ORIGEM NASC.N.76978 FLS.197 LIV.A-72
CARTORIO JOÃO PESSOA-PB

CPF 700.208.124-18

Assinatura do Titular

LEI Nº 14.186 DE 08/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL P-917

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Assinatura do Titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREV SEGUROS E DOCUMENTAÇÃO S/A

14 NOV. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2536322 DATA DE EXPEDIÇÃO 23 MAR. 1998

NOME FLAVIA FERREIRA

Reinundo Gaspar Ferreira.

Maria de Fatima Martiniano da Silva.

João Pessoa-PB 10.05.1976

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

vert. Nasom. 546-fls. 255v-Liv A91-5ª Carv.

DOC ORIGEM de João Pessoa-PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7416/05/19/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

r.02

COPIA DE CÍRCULOS

Flavia Ferreira

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

14 DE JUL. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTERIO DAS CIDADES	
DETRAN - PB Nº 014082128936	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO	
VIA	COD RENAVAM 20180000389154
1	01163148250 00/00000000 2018
NOME PAULO PEREIRA DE MOURA	
CST/IMP	06171334413
PLACA RT/UF	NOVO PB
CHASSI	9C2JB0100JR114194
COMBUSTIVEL	SASOLINA
PLACA	QSC5568/PB
ESPECIE TIPO	PAS/MOTOCICLETA
MARCA/MODELO	HONDA/POP 110I
CAP/ROT/CIL	2 2/109 /CI
CATEGORIA	PARTIC
COR PREDOMINANTE	BRANCA
ANO FAB	2018
ANO MOD	2018
COTA UNICA	00/00/0000
IPVA PAGO EM	00/00/0000
PARCELAMENTO/COTAS	1º 2º 3º
PREMIO TARIFARIO (R\$)	0
DATA DE PAGAMENTO	28/08/2018
OBSERVAÇÕES A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA	
DATA	30/08/2018
9999999	5506

AG. JOAO PESSOA 14 NOV. 2018 PROTOCOLO AG. JOAO PESSOA	
DETRAN - PB Nº 014082128936	
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 622 1204	
EXERCICIO	2018
DATA EMISSÃO	30/08/2018
PLACA	QSC5568/PB
CHASSI	9C2JB0100JR114194
ANO FAB	2018
ANO MOD	2018
COTA UNICA	00/00/0000
IPVA PAGO EM	00/00/0000
PARCELAMENTO/COTAS	1º 2º 3º
PREMIO TARIFARIO (R\$)	0
DATA DE PAGAMENTO	28/08/2018
OBSERVAÇÕES A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA	
DATA	30/08/2018
9999999	5506

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180536834 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA **Data do acidente:** 14/09/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414026/18

Vítima: CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA

CPF: 700.208.124-18

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/09/2018

Titular do CPF: CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA

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

FLAVIA FERREIRA : 035.323.884-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA : 700.208.124-18

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: 14/11/2018
Nome: FLAVIA FERREIRA
CPF: 035.323.884-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

FLAVIA FERREIRA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414026/18

Número do Sinistro: 3180536834

Vítima: CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA

CPF: 700.208.124-18

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

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: 10/12/2018

Nome: FLAVIA FERREIRA

CPF: 035.323.884-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2018

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

CPF: 105.999.304-03

FLAVIA FERREIRA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414026/18

Vítima: CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA

CPF: 700.208.124-18

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 14/09/2018

Titular do CPF: CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA

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

FLAVIA FERREIRA : 035.323.884-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA : 700.208.124-18

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: 14/11/2018
Nome: FLAVIA FERREIRA
CPF: 035.323.884-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

FLAVIA FERREIRA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 17ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08052581420198152001

BRDESCO AUTO/RE CIA DE SEGUROS, 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 **CAIO MANOEL FERREIRA DE MOURA** representado por **FLÁVIA FERREIRA**, 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:

DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO

(REGISTRO DA OCORRÊNCIA NO ÓRGÃO POLICIAL COMPETENTE)

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT no suposto acidente noticiado.

O parágrafo 1º, do art. 5º da lei n.º 6.194/74 é claro, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos.

Com efeito, verifica-se que a parte Autora deixar de apresentar o **registro da ocorrência policial, documento imprescindível para comprovação da ocorrência do acidente e do nexo de causalidade**.

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373 do CPC.

Assim, merece a presente demanda seja julgada extinta com resolução do mérito, na forma do art. 485, inciso I, da Lei Processual Civil.

DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA
DA AUSÊNCIA DE BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO COM A DATA DO ACIDENTE

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

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



A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial diante da ausência do boletim de atendimento médico com a data do acidente.

Ressalta-se a importância da juntada dos documentos médicos já que é através deles que se confirmará a existência das lesões sofridas pela vítima, de modo que sua ausência impossibilita a apuração do nexo de causalidade.

Portanto, para que não pare qualquer dúvida sobre a veracidade dos fatos narrados na exordial, bem como autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício ao Hospital onde foi prestado o primeiro atendimento, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

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.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC..



Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 25 de janeiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:55:26
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715552587700000036994533>
Número do documento: 21012715552587700000036994533