



Número: **0809695-64.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **13/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
EDINALDO SOARES DA FONSECA (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38850 450	28/01/2021 15:44	<u>Petição</u>	Petição
38850 451	28/01/2021 15:44	<u>2703580_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
38850 452	28/01/2021 15:44	<u>2703580_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:44:03
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101281544018300000037038819>
Número do documento: 2101281544018300000037038819

Num. 38850450 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190670206 Vítima: EDINALDO SOARES DA FONSECA

Data do Acidente: 13/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDINALDO SOARES DA FONSECA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.

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. 00305/00306 - carta_03 - INVALIDEZ



00060153

Carta nº 15178463



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:44:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815440345100000037038820>
Número do documento: 21012815440345100000037038820

Num. 38850451 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190670206 Vítima: EDINALDO SOARES DA FONSECA

Data do Acidente: 13/09/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDINALDO SOARES DA FONSECA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15179819



Pág. 00587/00588 - carta 01 - INVAHIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:44:04
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815440345100000037038820>
Número do documento: 21012815440345100000037038820

Núm. 38850451 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190670206 Vítima: EDINALDO SOARES DA FONSECA

Data do Acidente: 13/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDINALDO SOARES DA FONSECA

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

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

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. 01303/01304 - carta_03 - INVALIDEZ



00080652

Carta nº 15210210



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:44:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815440345100000037038820>
Número do documento: 21012815440345100000037038820

Num. 38850451 - Pág. 3



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

Rio de Janeiro, 19 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190670206 Vítima: EDINALDO SOARES DA FONSECA

Data do Acidente: 13/09/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). EDINALDO SOARES DA FONSECA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: EDINALDO SOARES DA FONSECA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000036

Conta: 0000060928-3

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por **Invalidez Permanente** que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 272.812.868-56 4 - Nome completo da vítima: Edinaldo Soares da Fonseca

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Edinaldo Soares da Fonseca 6 - CPF: 272.812.868-56
 7 - Profissão: Recuse 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: Cruz do Espírito Santo 13 - Estado: RS 14 - CEP: 337-000
 15 - E-mail: (83) 8663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declare, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, a liberação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(falecidos)? Sim Não 31 - Vítima Sim Não teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinado eletronicamente
Data: 28/01/2021
Vítima/ou
representante
legal identificado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 02/12/19

Edinaldo Soares da Fonseca

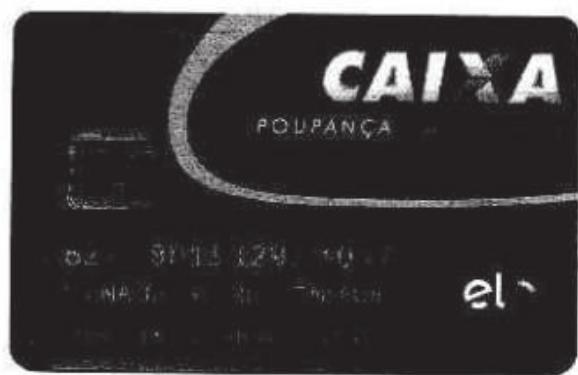
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





6977 8013 1297 3047



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:44:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815440345100000037038820>
Número do documento: 21012815440345100000037038820

Num. 38850451 - Pág. 6



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

272.812.868-56

4 - Nome completo da vítima:

Edinaldo Soares da Fonseca

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP - Nº 445/2012

5 - Nome completo: *Edinaldo Soares da Fonseca* 6 - CPF da vítima: *272.812.868-56*

7 - Profissão: *Funcionário* 8 - Município: *Itaçanga* 9 - Número: *510* 10 - Complemento:

11 - Bairro: *Área Rural* 12 - Cidade: *Cruz do Espírito Santo* 13 - Estado: *RN* 14 - CEP: *55337-000*

15 - E-mail: *(83)98663-4900*

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CóPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- | | | |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00 |

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

- Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os Bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: *0036*

CONTA: *00060928*

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar a minha conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/cembolho do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, e somente após a efetivação do crédito, na ação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 50 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prorrogação da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica das cias da Seguradora Lider para a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que este autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (falecido)? Sim Não 31 - Vítima teve imóveis? Sim Não 32 - Se tinha imóveis, informar: Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte acidentada beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a clínica de resarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 290 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha:

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha:

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido:

João Pense - PR 02/12/19

40 - Local e Data:

Edinaldo Soares da Fonseca

41 - Assinatura da vítima/beneficiária (declarante):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

42 - Assinatura do representante Legal (se houver):

~~~ ~1 V002/2019

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:44:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815440345100000037038820>  
Número do documento: 21012815440345100000037038820

Num. 38850451 - Pág. 8



**POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA**  
**COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I/CPR-II)**  
**BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO**  
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT**



**DADOS DO ACIDENTE**

|                                                                                            |                                                                                 |                                                    |                                         |                                                           |                                      |                                   |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|
| Nº BOAT<br>0662 - 2019                                                                     | Responsável pelo Levantamento do Acidente:<br><b>SERGIO CAVALCANTI DA ROCHA</b> |                                                    |                                         |                                                           | Posto/Graduação:<br><b>CB /PM</b>    |                                   |                            |
| Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia:<br><b>PB - 004</b>               |                                                                                 | Hora<br><b>16:30</b>                               | Bairro<br><b>Zona Rural</b>             |                                                           | Município:<br><b>Cruz do E.</b>      | U F<br><b>PB</b>                  |                            |
| Data da Ocorrência<br><b>13/09/2019</b>                                                    | Dia da Semana<br><b>sexta-feira</b>                                             | C/S Vítima (QT)<br><b>Com 01</b>                   | Tipo de Acidente<br><b>Col. Frontal</b> | Tipo de pavimento<br><b>Asfalto</b>                       |                                      | Condições da Pista<br><b>Seca</b> |                            |
| Condições do Tempo<br><b>Bom</b>                                                           | Envolvidos no acidente (Quantidade)<br><b>02 veículos</b>                       |                                                    |                                         | Controle do tráfego<br><b>Pista simples sentido duplo</b> |                                      |                                   |                            |
| <b>CONDUTOR 01</b>                                                                         |                                                                                 |                                                    |                                         |                                                           |                                      |                                   |                            |
| Nome<br><b>Fábio Silva Evangelista</b>                                                     |                                                                                 | Sexo<br><b>Masculino</b>                           |                                         | Nascimento<br><b>21/04/1982</b>                           |                                      | RG<br><b>6495693-PE</b>           |                            |
| Endereço<br><b>Rua Argemiro Figueiredo,525 Nova Brasília Sapé PB – Tel.(083)9991731110</b> |                                                                                 |                                                    |                                         |                                                           |                                      |                                   |                            |
| 1ª Habilitação<br><b>14/05/2008</b>                                                        | Categoria<br><b>AB</b>                                                          | Registro CNH N. <sup>º</sup><br><b>04360624503</b> | U.F.<br><b>PE</b>                       | Ex.méd./Dia<br><b>Sim</b>                                 | Data Vencimento<br><b>22/08/2022</b> | Usava cinto<br><b>-</b>           | Usava Capacete<br><b>-</b> |
| Exame de Embriaguez Alcoólica<br><b>Não Realizado</b>                                      |                                                                                 | Destino do Condutor<br><b>Permaneceu no local</b>  |                                         |                                                           |                                      |                                   |                            |
| <b>VEÍCULO 01</b>                                                                          |                                                                                 |                                                    |                                         |                                                           |                                      |                                   |                            |
| Marca/Modelo<br><b>CHEVROLET/ONIX</b>                                                      | Espécie<br><b>Automóvel</b>                                                     | Placa<br><b>QFT 9919</b>                           | Categoria<br><b>Particular</b>          | Município<br><b>SAPÉ</b>                                  | U.F.<br><b>PB</b>                    |                                   |                            |
| Nome do Proprietário<br><b>Fábio Silva Evangelista</b>                                     |                                                                                 |                                                    |                                         |                                                           |                                      |                                   |                            |
| Seguradora<br><b>DPVAT</b>                                                                 | Bilhete N. <sup>º</sup><br><b>014355214512</b>                                  | Renavan N. <sup>º</sup><br><b>01070849135</b>      |                                         |                                                           | Data da Emissão<br><b>14/12/2018</b> |                                   |                            |
| Condições do Veículo Antes do Acidente<br><b>Nada constatado</b>                           |                                                                                 |                                                    |                                         |                                                           |                                      |                                   |                            |

**VERSÃO DO CONDUTOR 01**

Condutor declarou que: trafegava na fixa da direita no sentido Cruz do Espírito Santo/Sapé, quando foi surpreendido pelo V2 que tentou ultrapassar outro veículo e invadiu a faixa contrária, colidindo de frente com o V1.

**CONDUTOR 02**

|                                                                     |                                                |                                                               |                                |                                 |                                      |                         |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|-------------------------|
| Nome<br><b>Ednaldo Soares da Fonseca</b>                            |                                                | Sexo<br><b>Masculino</b>                                      |                                | Nascimento<br><b>22/08/1977</b> |                                      | RG<br><b>283484421</b>  |
| Endereço<br><b>Sítio Massangana-I,S/N Cruz do Espírito Santo PB</b> |                                                |                                                               |                                |                                 |                                      |                         |
| 1ª Habilitação<br><b>28/03/2001</b>                                 | Categoria<br><b>AB</b>                         | Registro CNH N. <sup>º</sup><br><b>01740501483</b>            | U.F.<br><b>SP</b>              | Ex.méd./Dia<br><b>Sim</b>       | Data Vencimento<br><b>20/07/2023</b> | Usava cinto<br><b>-</b> |
| Exame de Embriaguez Alcoólica<br><b>Não Realizado</b>               |                                                | Destino do Condutor<br><b>Socorrido ao Hospital de Trauma</b> |                                |                                 |                                      |                         |
| <b>VEÍCULO 02</b>                                                   |                                                |                                                               |                                |                                 |                                      |                         |
| Marca/Modelo<br><b>YAMAHA/XTZ</b>                                   | Espécie<br><b>Motocicleta</b>                  | Placa<br><b>KJR 0456</b>                                      | Categoria<br><b>Particular</b> | Município<br><b>João Pessoa</b> | U.F.<br><b>PB</b>                    |                         |
| Nome do Proprietário<br><b>Ednaldo soares da fonseca</b>            |                                                |                                                               |                                |                                 |                                      |                         |
| Seguradora<br><b>DPVAT</b>                                          | Bilhete N. <sup>º</sup><br><b>015099838174</b> | Renavan N. <sup>º</sup><br><b>00978665899</b>                 |                                |                                 | Data da Emissão<br><b>13/08/2019</b> |                         |
| Condições do Veículo Antes do Acidente<br><b>Nada constatado</b>    |                                                |                                                               |                                |                                 |                                      |                         |

**VERSÃO DO CONDUTOR 02**

Condutor foi ouvido na sala do setor de BOAT do BPTRAN no dia 03/10/2019 as 12:40 horas e declarou que: Trafegava na Via A na faixa da direita no sentido Sape/Cruz do Espírito Santo, quando deparou-se com um terceiro veículo (que não identificou) que freou de repente, no momento tentou desviar do mesmo, indo de encontro ao V1.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
 Cópia de Conformidade com o Original  
 EM: 16/10/2019  
 SUELIO MOREIRA TORRES  
 ASSINATURA



| CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                             |                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------|
| VÍTIMA 01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                             |                                |
| Nome<br><b>Ednaldo Soares da Fonseca</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Sexo<br><b>Masculino</b>                    | Nascimento<br><b>22/08/197</b> |
| Endereço<br><b>Sítio Massangana-I,S/N Cruz do Espírito Santo PB</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                             |                                |
| Condição da Vítima<br><b>Condutor</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Conduzida Para<br><b>Hospital de Trauma</b> | Usava Cinto                    |
| <b>CONSTATADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                             |                                |
| <p>Constatado quando do levantamento que: Não existe sinalização de trânsito<br/>         acidente se deu em uma reta. O C2 foi socorrido para Hospital de Trauma e V2 removido<br/>         complemento do BOAT. O C1 e V1 foi liberado no local e não foi possível realizar o teste<br/>         apresentava a CNH e não foi possível realizar a consulta e nem coletar maiores dados.</p> |                                             |                                |
| <p>João Pessoa – PB, 19 de setembro de 2019.</p> <p><br/> <b>Sérgio Cavalcanti da Rocha CBPM</b><br/>         Responsável pelo Levantamento</p> <p>BATR/HC<br/>Copia d<br/>EM<br/></p>                               |                                             |                                |



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:44:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815440345100000037038820>  
 Número do documento: 21012815440345100000037038820

Num. 38850451 - Pág. 10



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0662/ 2019

AMARRAÇÕES

VIA "A" - PB 004 06,00metros

PR (Ponto de Referência) Antiga Fabrica da Sincera  
PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Direito 00.00 e Traseiro Direito 00.00 metros para (PA)

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Direito 03.60 e Traseiro Direito 01.90 metros para (PA)

CRUZ DO ESPÍRITO SANTO



DISSÍGNE ILUSTRATIVO NÃO OBSTACELA FISCAL

AVARIAS



V1



V2

Sérgio Cavalcanti da Rocha Cl. PM  
Responsável pelo Levantamento



**POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA**  
**COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I /CPR-II)**  
**BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO**  
**BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT**



**CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº0662 /2019**

**DANOS NO V1**

|                                        |                           |                                                         |                            |
|----------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------|
| Marca/Modelo:<br><b>CHEVROLET/ONIX</b> | Placa:<br><b>QFT 9919</b> | Responsável pelo Preenchimento:<br><b>CB CAVALCANTI</b> | Data:<br><b>13/09/2019</b> |
|----------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------|

**AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE**

**PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE**

| Item                   | Nome da Peça                           | Avaliação |     |    | Nome da Peça | Avaliação                             |     |    |
|------------------------|----------------------------------------|-----------|-----|----|--------------|---------------------------------------|-----|----|
|                        |                                        | Sim       | Não | NA |              | Sim                                   | Não | NA |
| 01                     | Painel corta-fogo                      | X         |     |    | 12           | Longarina traseira esquerda           | X   |    |
| 02                     | Longarina dianteira esquerda           | X         |     |    | 13           | Assoalho porta malas ou caçamba       | X   |    |
| 03                     | Caixa de roda dianteira esquerda       | X         |     |    | 14           | Longarina traseira direita            | X   |    |
| 04                     | Estrutura da soleira esquerda          | X         |     |    | 15           | Caixa de roda traseira direita        | X   |    |
| 05                     | Air Bags frontais                      | X         |     |    | 16           | Estrutura da coluna traseira direita  | X   |    |
| 06                     | Air Bags laterais                      | X         |     |    | 17           | Estrutura da soleira direita          | X   |    |
| 07                     | Estrutura da coluna dianteira esquerda | X         |     |    | 18           | Estrutura da coluna central direita   | X   |    |
| 08                     | Estrutura da coluna central esquerda   | X         |     |    | 19           | Estrutura da coluna dianteira direita | X   |    |
| 09                     | Estrutura da coluna traseira esquerda  | X         |     |    | 20           | Assoalho central direito              | X   |    |
| 10                     | Caixa de roda traseira esquerda        | X         |     |    | 21           | Caixa de roda dianteira direita       | X   |    |
| 11                     | Assoalho central esquerdo              | X         |     |    | 22           | Longarina dianteira direita           | X   |    |
| Total Geral (Sim + NA) |                                        |           |     |    |              | 00                                    |     |    |

Observações:DANO DE PEQUENA MONTA

**AVALIAÇÃO POR DANO:**

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 → DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 → DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 → DANO DE GRANDE MONTA

**DANOS NO V2**

|                                    |                           |                                                         |                            |
|------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------|
| Marca/Modelo:<br><b>YAMAHA/XTZ</b> | Placa:<br><b>KJR 0456</b> | Responsável pelo Preenchimento:<br><b>CB CAVALCANTI</b> | Data:<br><b>13/09/2019</b> |
|------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------|

**MOTOCICLETA**

**PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE**

| Item | Nome da Peça                         | Avaliação |     |    | Nome da Peça           | Avaliação                 |     |    |
|------|--------------------------------------|-----------|-----|----|------------------------|---------------------------|-----|----|
|      |                                      | Sim       | Não | NA |                        | Sim                       | Não | NA |
| 01   | Garfo dianteiro                      | X         |     |    | 05                     | Chassi                    | X   |    |
| 02   | Mesa superior da suspensão dianteira | X         |     |    | 06                     | Garfo traseiro            | X   |    |
| 03   | Mesa inferior da suspensão dianteira | X         |     |    | 07                     | Eixo traselro (triciclos) | X   |    |
| 04   | Coluna de direção                    | X         |     |    | Total Geral (Sim + NA) |                           |     | 01 |

Observações:DANO DE MÉDIA MONTA

**AVALIAÇÃO POR DANO:**

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 → DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 → DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 → DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa – PB, 19 de setembro de 2019.

Sérgio Cavalcanti da Rocha CBPM

Responsável pelo Levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO

Cópia de Conformidade com o Original

EM: 16/10/19

SOT. DA SILVA

ASSINATURA





POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0662/ 2019

FOTOS DO V2

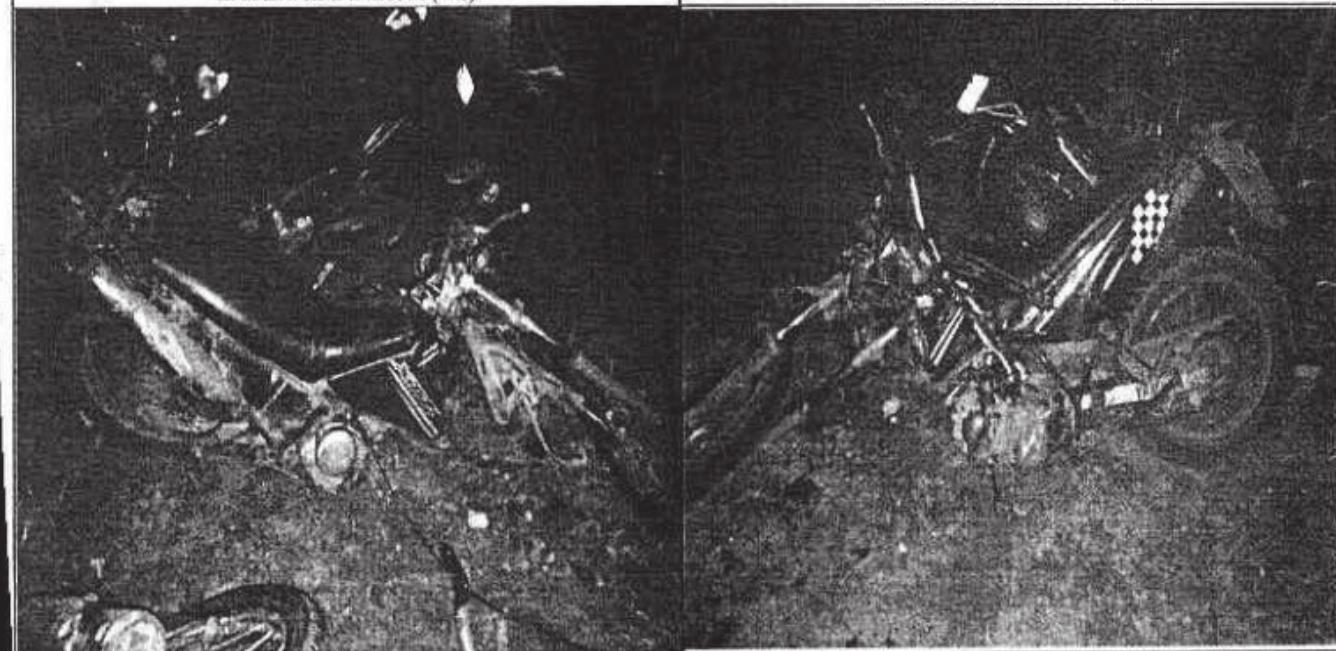
FRENTE (V2)

TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)

LATERAL ESQUERDA (V2)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o Original  
EM: 16/10/19  
SOT.DA SILVA  
ASSINATURA

3

Sérgio Cavalcanti da Rocha Cb PM  
Responsável pelo Levantamento



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA  
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-I)  
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO N° 0662/ 2

FOTOS DO V1

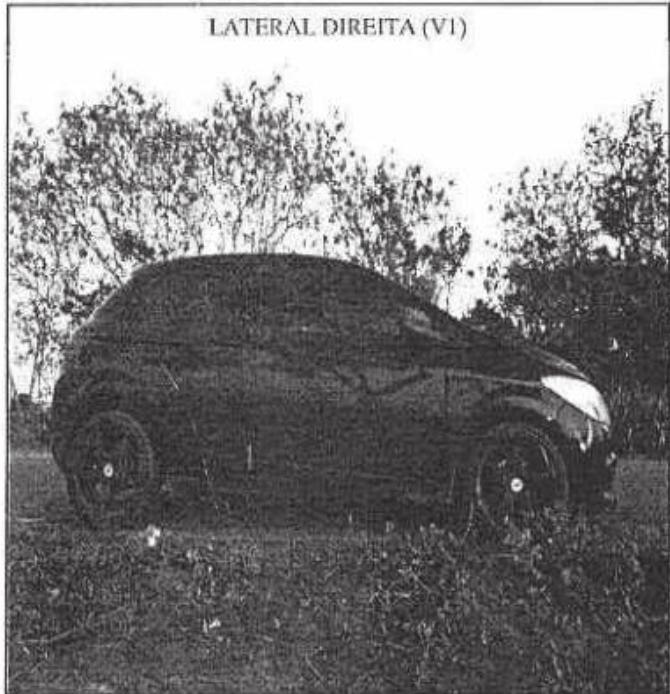
FRENTE (V1)



TRASEIRA



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ES



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO  
Cópia de Conformidade com o original

EM: 16/10/19  
SOT/ASILIA  
ASSINATURA

2

Sérgio Ca  
Respon



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:44:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815440345100000037038820>  
Número do documento: 21012815440345100000037038820

Num. 38850451 - Pág. 14



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 272.812.868-56 4 - Nome completo da vítima: Edinaldo Soares da Fonseca

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: Edinaldo Soares da Fonseca 6 - CPF: 272.812.868-56  
 7 - Profissão: Recuse 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:  
 11 - Bairro: Área Rural 12 - Cidade: Cruz do Espírito Santo 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 337-000  
 15 - E-mail: (83) 8663-4900

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declare, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

|                                                     |                                                      |                                                      |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.000 A R\$1.000,00      | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00        |

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, a liberação total do valor recebido.

### 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(falecidos)?  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim pais/avós vivos?  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Assinado eletronicamente  
Data: 28/01/2021  
Vítima/ou  
representante  
legal identificado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

*Foto Pensea - PR 02/12/19*

*Edinaldo Soares da Fonseca*

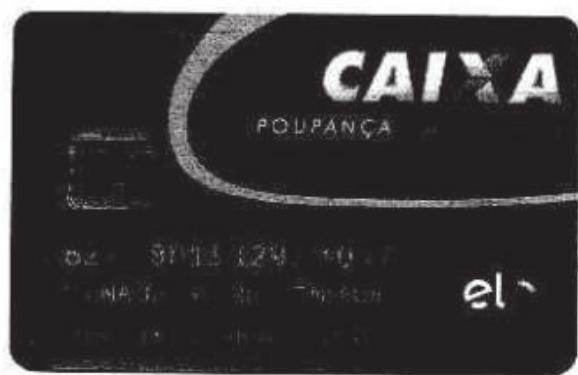
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





6277 8013 1297 3047



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:44:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815440345100000037038820>  
Número do documento: 21012815440345100000037038820

Num. 38850451 - Pág. 16

# 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: 13/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: EDINALDO SOARES DA FONSECA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000060928-3

---

Nr. da Autenticação 236B011EE724DBCE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:44:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815440345100000037038820>  
Número do documento: 21012815440345100000037038820

Num. 38850451 - Pág. 17





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                 |                                                                                         |          |                      |        |                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------------------|--------|----------------|
| NOME: <b>EDINOLDO SOARES DA FONSECA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                           |                 |                                                                                         |          |                      |        | PRONTUÁRIO N°: |
| IDADE: <b>42</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | SEXO: <b>M.</b> | CVR:                                                                                    | CLÍNICA: | ENF:                 | LEITO: |                |
| DATA DE ADMISSÃO: <b>13/09/18</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 | DATA DE ALTA: <b>27/09/18</b>                                                           |          | TEMPO DE PERMANÊNCIA |        |                |
| DIAGNÓSTICO INICIAL: <b>Fratura do 5º metatarso</b>                                                                                                                                                                                                                                                               |                 |                                                                                         |          |                      |        | CID:           |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <b>O mesmo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                                                                                         |          |                      |        |                |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS: <b>—</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |                                                                                         |          |                      |        |                |
| PRINCIPAIS EXAMES: <b>Raios X</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                                                                                         |          |                      |        |                |
| PROCEDIMENTO REALIZADO: <b>OSSEODISSECÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |                                                                                         |          |                      |        |                |
| TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA: <b>Analgésicos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |                                                                                         |          |                      |        |                |
| ANATOMIA PATOLÓGICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 |                                                                                         |          |                      |        |                |
| INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                                                                                                                |                 | COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |          |                      |        |                |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |                                                                                         |          |                      |        |                |
| CONDICÕES DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO                                                                                                               |                 |                                                                                         |          |                      |        |                |
| RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES):<br><b>Fracionte com fratura do 5º metatarso<br/>descolado, fdi subluxado e procedimento<br/>clínico cirúrgico. Recuperação com base<br/>em condicões ótimas devendo contruir<br/>com recomendação de uso de muleta<br/>e retorno de ortopedia</b> |                 |                                                                                         |          |                      |        |                |
| ORIENTAÇÕES PÓS ALTA                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 |                                                                                         |          |                      |        |                |
| DIETA: <b>Líquida</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                 |                                                                                         |          |                      |        |                |
| REPOUSO: Relativo em casa por <b>10</b> dias.<br>Retorno às atividades sem esforço físico em <b>30</b> dias.<br>Retorno às atividades com esforço físico leve em <b>40</b> dias e com esforço maior em <b>60</b> dias.                                                                                            |                 |                                                                                         |          |                      |        |                |
| CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.                                                                                                     |                 |                                                                                         |          |                      |        |                |
| MEDICAÇÕES PARA CASA: <b>Analgésico + anti-inflamatório</b>                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |                                                                                         |          |                      |        |                |
| RETORNO Ao posto de saúde em <b>10 dias</b> para retirada de pontos.<br>Ao Ambulatório do <b>ORTOPEDISTA</b> em <b>30 dias</b> para revisão. Dr. M.R. 10/10/18                                                                                                                                                    |                 |                                                                                         |          |                      |        |                |
| DATA: <b>27/09/18</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                 |                                                                                         |          |                      |        |                |
| Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar<br>Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO<br>TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.                                                                                                                                                    |                 |                                                                                         |          |                      |        |                |
| CRM: <b>Ortopedia e Traumatologia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |                 |                                                                                         |          |                      |        |                |
| ASS. MÉDICO / CRM: <b>SUELIO MOREIRA TORRES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   |                 |                                                                                         |          |                      |        |                |





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:44:04  
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815440345100000037038820>  
Número do documento: 21012815440345100000037038820

Num. 38850451 - Pág. 20

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190670206 Cidade: Cruz do Espírito Santo Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: EDINALDO SOARES DA FONSECA Data do acidente: 13/09/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 08/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 1º METACARPO DA MÃO DIREITA.  
TRAUMA CORTO CONTUSO NA LATERAL DE COXA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE-MÃO/SUTURA-COXA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: P.4.5\_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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 funcional completa de uma das mãos | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
|                                          |                                              | Total                                                | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:44:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815440345100000037038820>  
Número do documento: 21012815440345100000037038820

Num. 38850451 - Pág. 21

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190670206 Cidade: Cruz do Espírito Santo Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: EDINALDO SOARES DA FONSECA Data do acidente: 13/09/2019 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 08/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 1º METACARPO DA MÃO DIREITA.  
TRAUMA CORTO CONTUSO NA LATERAL DE COXA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE-MÃO/SUTURA-COXA). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: P.4.5\_CIRURGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### 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 funcional completa de uma das mãos | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
|                                          |                                              | Total                                                | 17,5 %    | R\$ 2.362,50          |



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:44:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815440345100000037038820>  
Número do documento: 21012815440345100000037038820

Num. 38850451 - Pág. 22

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427307/19

Número do Sinistro: 3190670206

Vítima: EDINALDO SOARES DA FONSECA

CPF: 272.812.868-56

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDINALDO SOARES DA FONSECA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

**EDINALDO SOARES DA FONSECA : 272.812.868-56**

Autorização de pagamento

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 09/12/2019  
Nome: EDINALDO SOARES DA FONSECA  
CPF: 272.812.868-56

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/12/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

EDINALDO SOARES DA FONSECA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:44:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815440345100000037038820>  
Número do documento: 21012815440345100000037038820

Num. 38850451 - Pág. 23

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0427307/19

Número do Sinistro: 3190670206

Vítima: EDINALDO SOARES DA FONSECA

CPF: 272.812.868-56

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 13/09/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDINALDO SOARES DA FONSECA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/12/2019  
Nome: EDINALDO SOARES DA FONSECA  
CPF: 272.812.868-56

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

EDINALDO SOARES DA FONSECA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:44:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815440345100000037038820>  
Número do documento: 21012815440345100000037038820

Num. 38850451 - Pág. 24



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB**

**Processo: 08096956420208152001**

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

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 2.362,50 (DOIS MIL E TREZENTOS E SESSENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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

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

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 26 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:44:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101281544044000000037038821>  
Número do documento: 2101281544044000000037038821

Num. 38850452 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:44:04  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815440444000000037038821>  
Número do documento: 21012815440444000000037038821

Num. 38850452 - Pág. 2