



Número: **0804555-76.2020.8.15.0731**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Mista de Cabedelo**

Última distribuição : **01/07/2020**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO (AUTOR)	GILBERTO GOMES DA SILVA NETO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
Heuder Romero Liberalino da Nóbrega (TERCEIRO INTERESSADO)	
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44412 747	11/06/2021 16:38	<u>Petição</u>	Petição
44412 748	11/06/2021 16:38	<u>2735055_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
44413 199	11/06/2021 16:38	<u>2735055_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

em anexo



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2021 16:38:11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061116381005300000042223504>
Número do documento: 21061116381005300000042223504

Num. 44412747 - Pág. 1

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032655/20

Vítima: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

CPF: 102.256.444-79

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/11/2019

Titular do CPF: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Declaração do Proprietário do Veículo
- Documentação médica-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO : 102.256.444-79

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

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 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: 23/01/2020
Nome: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO
CPF: 102.256.444-79

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES





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, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 32000038679 Vítima: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

Data do Acidente: 18/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

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 nº 15446372



229 000279/00280 - carta 01 - INVAN IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2021 16:38:12
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061116381139900000042223505>
Número do documento: 2106111638113990000042223505

Núm. 44412748 - 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, 31 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200038679 Vítima: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

Data do Acidente: 18/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

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, sem abreviações e/ou rasuras, pois, o formulário não foi entregue.
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. 01827/01828 - carta_03 - INVALIDEZ



00060914

Carta nº 15446831



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2021 16:38:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106111638113990000042223505>
Número do documento: 2106111638113990000042223505

Num. 44412748 - 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, 06 de Abril de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200038679 Vítima: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

Data do Acidente: 18/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

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

Formulário do Pedido Seguro DPVAT	Apresentar o formulário "Pedido do Seguro DPVAT", disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos "Dados Cadastrais", sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
--	---

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. 00585/00586 - carta_03 - INVALIDEZ



00050283

Carta nº 15684947



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2021 16:38:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061116381139900000042223505>
Número do documento: 21061116381139900000042223505

Num. 44412748 - Pág. 4



PE

Autorização de pagamento

DPVAT

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: <i>Renna Beatriz de Paula Felicio</i>	6 - CPF: <i>402.256.444-70</i>		
7 - Profissão: <i>Estudante</i>	8 - Endereço: <i>Rua João Aleixo</i>	9 - Número: <i>SIN</i>	10 - Complemento:
11 - Bairro: <i>Centro</i>	12 - Cidade: <i>Bucena</i>	13 - Estado: <i>PB</i>	14 - CEP: <i>58.315-000</i>
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD):	

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:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

- RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 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, quitação 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• 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 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima: _____				
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: _____	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos: _____	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: *Bucena, de**Renata Martins S. Filho*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

a do Representante Legal (se houver)

12/2010



PE

Autorização de pagamento

DPVAT

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: *Renna Beatriz de Almeida Felicio* 6 - CPF: *102.256.444-70*
 7 - Profissão: *Estudante* 8 - Endereço: *Rua João Aleixo* 9 - Número: *S/N* 10 - Complemento:
 11 - Bairro: *Centro* 12 - Cidade: *Bucena* 13 - Estado: *PB* 14 - CEP: *58.315-000*
 15 - E-mail:

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:

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 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)AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:
 (Informar o dígito se existir) (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, quitação 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
 • 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 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, 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 àqueles 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1ª | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: *Bucena, de 2019.**Renato Moreira S. Filho*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

a do Representante Legal (se houver)

17/06/2021



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
5^a Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA

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

Boletim de ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00282.01.2019.1.05.101



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00282.01.2019.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:47 horas do dia 11 de dezembro de 2019, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu Ranna Beatriz de Sena Felicio, conhecido(a) por Hanna E/ou Bia, CPF nº 102.256.444-79, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Estudante, filho(a) de Hérica Virginia Nascimento de Sena e Ronaldo da Silva Felicio, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 06/05/1999 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Aleixo, Nº 200, complemento CASA, bairro Centro, tendo como ponto de referência Rua Por Trás da Antiga Casa de Show Millenium, na cidade de Lucena/PB, telefone(s) para contato (83) 98831-5752.

9

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Porfirio Guedes, nº S/N, Via Pública Na Localidade de Gameleira Nesta Comarca, De Frente a Loja de Conveniência do "arrozinho", Lucena/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/11/19 14:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, Art. 129, § 1º, Inc. I do CPB (Lesão corporal de natureza grave - Incapacidade por mais de 30 dias).

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo BIZ 100 ES, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2015/2015, UF: PB, placa QFT-8848, chassi 9C2HC1420FR032943, renavam 0107664124-2, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 012650866995; nº. P.r.t.: 20160000026880-7; nº. Lacre: 0043237770; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior: Nova; placa Atual: Lucena/pb; alienação Fiduciária: A. F. Administradora de Consórcio Nacional Honda L.t.d.a.; em Nome de Ricardo Lira Pereira.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

NA DATA DO FATO PILOTAVA A MOTOCICLETA JÁ DESCrita ANTERIORMENTE ACIMA, QUANDO AO PASSAR POR UM QUEBRA-MOLA DA ENTRADA DA LOCALIDADE DE GAMELEIRA NESTA COMARCA, PERDEU O EQUILÍBRIO E VEIO A BATER EM UM POSTE DA REDE DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA VINDO A CAIR E SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDA PELA EQUIPE DO "SAMU" LOCAL DIRETAMENTE PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTO HOSPITALARES, SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDA PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO DE MIRANDA BURITY NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE PASSOU PELOS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS PERTINENTES, PERMANECENDO INTERNA PELO PERÍODO DE DEZ (10) DIAS NAQUELE COMPLEXO HOSPITALAR CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL.

ADENDO(S):

Quê na data 11/12/2019, à(s) 11:19 horas, na Delegacia de Comarca de Lucena, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Reinaldo Nobrega de Almeida Junior, matrícula 1685058, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: A DECLARANTE FOI DIAGNOSTICADA COM A PATOLOGIA "CID-10 1623/1626", CONFORME ATESTADO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA. ASSINADO PELO MÉDICO RICARDO R. CHECANOVIC, C.R.M/PB-6801.. Adendo registrado por: Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula: 1573560.

Procedimento Policial: 00282.01.2019.1.05.101

- - - - - DIGITAL

Governo do Estado da Paraíba



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1º Superintendência Regional de Polícia Civil
5º Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA



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

Sendo o que havia à 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.

Lucena/PB, 11 de dezembro de 2019.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

RANNA BEATRIZ DE SENNA FELÍCIÓ

Noticiante



Procedimento Policial: 00282.01.2019.1.05.101



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2021 16:38:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061116381139900000042223505>
Número do documento: 21061116381139900000042223505

Num. 44412748 - Pág. 8



PREFEITURA MUNICIPAL DE LUCENA-PB
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAMU LUCENA USB 57

Comp. Reg. de Acidentes Declarados



IDENTIFICAÇÃO / OCORRÊNCIA

Data	Ocorrência n:	M.R.	Plantão	Hrs da saída	Hrs do retorno		
18.11.19	2616 219	Márcia	Diurno <input checked="" type="checkbox"/> Noturno <input type="checkbox"/>	14:00	22:30		
Paciente			Idade	SEXO			
Wema Bentuz de Senna Fábio			20	Masc. <input type="checkbox"/>	Fem. <input checked="" type="checkbox"/>		
Local da ocorrência			Bairro:	Cidade:			
R. Presidente			Laranjeira	Lucena			
Apoio no local	<input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> Resgate / Bombeiros	<input type="checkbox"/> PRF	<input type="checkbox"/> SEMOB	<input type="checkbox"/> BPTRAN	<input type="checkbox"/> USA	
QTA	<input type="checkbox"/>	Socorrido por terceiros	<input type="checkbox"/>	Recusou atendimento	<input type="checkbox"/>	Local não encontrado	Outros

TIPO DE AGRAVO

ANTECEDENTES

<input checked="" type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO	PEDIATRICO	AIDS	DOENÇA MENTAL
AGRESSÃO	PSIQUIÁTRICO	ALCOOLISMO	DOENÇA RENAL
CLÍNICO	AFOGAMENTO	AVC	DROGAS
DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	QUEDA-ALTURA	CIRURGIAS REALIZADAS	HIPERTENSÃO ARTERIAL
ELETROCUSSÃO	QUEIMADURAS	CONVULSÕES	INTERNAMENTOS ANTERIORES
F.A.B	OUTROS	DIABETES	MEDICAMENTO DE USO CONTINUO
F.A.F		DOENÇA CARDÍACA	PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
GINECO-OBSTÉTRICO		DOENÇA INFECTO-CONTAGIOSA	OUTROS
LESÕES TÉRMICAS			

Natureza da Ocorrência : CLÍNICO TRAUMA GINECO-OBSTÉTRICO PSIQUIÁTRICO

Motivo Acidente. Lide moto

<u>Hospital de Trauma</u>	DESTINO DO PACIENTE(UNIDADE HOSPITALAR)	Responsável e função (assinatura e carimbo)	
<input type="checkbox"/> Atendido do local e liberado	<input type="checkbox"/> Óbito no local	<input type="checkbox"/> óbito durante atendimento	<input type="checkbox"/> Óbito durante o transporte
TRANSFERÊNCIA : <input type="checkbox"/>	Hospital de origem: _____	Hospital de destino: <u>Anna Virgínia L. de Souza</u>	
Responsável :	Responsável :	<u>Cirurgião Geral CRM-PB</u>	

EXAME CLÍNICO (PRINCIPAIS QUEIXAS E SINTOMAS)

DADOS VITAIS : P.A. 140x90mmHg FC 93 FR 16 TEMP. 37 HGT: SpO2-S/02 94 SpO2-C/02

VIAS AÉRIAS LIVRE OBSTRUÍDA PARCIALMENTE OBSTRUÍDA TOTALMENTE EDEMA DE GLOTE

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM : (Diagnóstico de Enfermagem)

- Ansiedade Capacidade Adaptativa diminuída Comunicação verbal prejudicada Confusão aguda Deambulação Prejudicada
- Débito cardíaco Diminuído Desobstrução Ineficaz das VVA Disreflexia Autônoma Dor aguda Hipertermia Hipotermia
- Integralidade da Pele prejudicada Integralidade Tissular prejudicada Medo Intolerância a atividade Mucosa oral prejudicada
- Padrão respiratório ineficaz Perfusão Tissular cerebral ineficaz Perfusão Tissular cardiopulmonar ineficaz Perfusão Tissular gastrintestinal ineficaz Perfusão Tissular Renal ineficaz Termo regulação ineficaz Troca de Gases Prejudicado Ventilação Espontânea prejudicada Volume de líquido Deficiente Volume Excessivo de líquido Náuseas Retenção Urinária Percepção Sensorial Perturbada Interação social Prejudicada Incontinência intestinal Eliminação Urinaria Prejudicada Constipação (Orientação da Regulação Médica) agachar prender, boro tinsler e remoçinhar paciente p/ o hospital de Trauma

EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO (A) paciente consciente, orientada, escrivaninhas em m.m.s.s II, fratura exposta lida com indicador, colo sem edema, T.E. livre, sinus ritmo regular.



MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)

Equipe, now, usou, foi res, esparadrapo.

VENTILAÇÃO: Espontânea Assistida Ritmo Irregular Parada Respiratória

EXPANSIBILIDADE: Normal superficial Regular Irregular **EDEMAS:** Sim Não _____

PERFUSÃO Normal Retardada 2 Seg Ausente **PULSO:** Regular Irregular Fino Cheio Ausente

EXAME NEUROLÓGICO : Glasgow 13 **NÍVEL DE CONSCIÊNCIA :** consciente inconsciente

Orientado Algo- Desorientado Agitado Hálito Etílico Sonolência Convulsão Otorragia Epitaxe

IDENTIFICAÇÃO DAS PUPILLAS: Midriase Miose Isocôricas Anisocôricas

EXAME GINECO-OBSTÉTRICO: Abortamento Hemorragia Vaginal Trabalho de parto normal sem.

ENCONTRADO Decúbito Dorsal Lateral Ventral Sentado Deambulando Outro _____

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Bomba de infusão	DEA ADUL <input type="checkbox"/> INF <input type="checkbox"/>	Sonda vesical	Desfibrilação
Cânula Orofaríngea	Desobstrução V.A	Sonda Nasogastrica	ASPIRAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical T:	Inalação de oxigênio	Massagem cardíaca	KED Adulto
Controle de hemorragia	Cateter o2	Prancha longa	KED Infantil
Cricotireidostomia	Máscara reservatório	Punção venosa J.	Outros
<input checked="" type="checkbox"/> Curativo	Máscara Venturi	Talas T.	<input checked="" type="checkbox"/>
Comprimível, <input type="checkbox"/> Três P. <input type="checkbox"/>	Bolsa Válvula Máscara	Tração	<input type="checkbox"/>

Descrição dos procedimentos

PERTENCENTES DA VÍTIMA: SIM NÃO Objetos : _____

ENTREGUES A / Local

Assinatura com carimbo do recebedor

IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO

CONDUTOR : Passio **Matrícula** _____
TEC. ENFERMAGEM: Beatriz **COREN :** _____
ENFERMEIRO : Kalimne **COREN:** 566 974

Informações de preenchimento exclusivo do paciente : Recusa Remoção Recusa atendimento

Nome: _____ RG/:CPF: _____

Assinatura (Rubrica) _____ Observação _____

Testemunha: _____ Fone: _____

Testemunha: _____ Fone: _____



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o 3461-0000 0221209 ou 0000 0000
(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

Ramona Beatriz de Siqueira

CPF da Vítima

102.256.444-79

Data do Acidente

18/11/2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de 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.

Declaração de Inexistência de IML



Bucena, _____ de _____ de 2019

Local e Data

Ramona Beatriz de Siqueira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Ramona Beatriz de Senna Felicio,

RG nº 4 188 579 - 2º Via, data de expedição 07/03/17,

Órgão SSP/PB, CPF nº 102.256.444-79,

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

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>João Almeida</u>	Comprovante de residência
Número	<u>S/N</u>	
Apto/Complemento		
Bairro	<u>Centro</u>	
Cidade	<u>Buena</u>	
Estado	<u>Paraíba</u>	
CEP	<u>58.315-000</u>	
Tel. de contato	<u>(83) 98831-5452</u>	
E-mail	<u>ramona.beatriz30605@hotmail.com</u>	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Buena, de de 2019.

Ramona Beatriz S. Felicio

Assinatura do Declarante



JOAOPBANDEIRANTES
RUA JOAO ALEIXO, 591 - CENTRO
LUCÉIA / PB / CEP 58071-000

Ligação: MONOFÁSICO
Cis/Sl : RES MTC 31 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Rotam: 7.11-850.100 Referência Out/2019
Medidor: 00009078637 Emissão: 14/10/2019



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br-230, Km-25 - Cachorro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690
CNPJ 09.185.183/0001-40 - Isc Est 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°032.532.021
Cód. para Déb. Automático: 00014735070

Out / 2019 14/10/2019 12/11/2019 066.012.904-78
Insc. Est.

Tela de pagamento da Energisa - 7.300 foi criada pela Leq.
+ 10 dias úteis, vale de 2012.
Confira o aplicativo "My Energisa" que é aplicativo para smartphones e
tablet que oferece maior comodidade e facilidade para você. Baixe o
app na sua loja de aplicativos ou no site, confira se havendo desigualdade
entre os valores que aparecem no app e no seu boleto, entre em contato com a
Energisa e informe que seu boleto tem erros.

Data	Lectura	Data	Lectura	38	37
12/03/18	1.194	14/10/18	1.193		
VALORES DE REFERÊNCIA					
0807 Consumo 300W-BR	30.000,00	0808 ICM903 ICMS	0,00	0,00	0,00
0801 Consumo - 31 a 130KWh-BR	70.000,00	0802 31,82	31,82	27	27
0801 Consumo - 101 a 220KWh-BR	68.000,00	0803 47,20	47,20	27	20
0801 Adic. B. Vermeir	3,74	0804 3,74	3,74	27	1,01
0801 Adic. B. Amarela	1,08	0805 1,08	1,08	27	0,23
0810 Subsídio	43,71	0811 43,71	43,71	27	11,80
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
0807 CONTRIB SERV LUM PÚBLICA	15,00	0808 0,00	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DEMORA 07/2018	74,67	0805 0,00	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DEMORA 08/2018	20	0806 0,00	0,01	0,00	0,00
0805 MULTA 08/2018	5,14	0807 0,00	0,00	0,00	0,00
0808 PARCELAMENTO DE DÉBITO 35/38	50,28	0808 0,00	0,00	0,00	0,00
0808 PARCELAMENTO 9 DE DÉBITO 10/48	63,22	0809 0,00	0,00	0,00	0,00
0801 REST. BAND ANAR RESIDENCIAL 09/2018	-0,22	0810 0,00	0,00	0,00	0,00
0808 Desvalida Subsídio	-28,98	0811 0,00	0,00	0,00	0,00
CCL Código de Classificação do item TOTAL	264,02	0812 125,61	26,81	125,81	1,12
Tarifa de Tributos A) 130Wh 0,161710 Até 100Wh 0,311500 Até 220Wh 0,487250					5,22

0 1 3 1 3 1 0 1 53 1 295 1 214 1 251 1 194 1 183 1 182 1 152
Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18

RESERVADO AO FISCO

3669 6e2e.68e9.1f5d 657e.b8d9.b94e.28d6.

Composição do Consumo

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PB	24,00	9,07
Compra de Energia	31,60	11,98
Serviço de Transmissão	3,57	1,35
Encargos Setoriais	3,61	1,37
Impostos Diretos e Encargos	67,98	25,73
Outros Serviços	133,49	50,52
Total	264,25	100,00

* Valor do EURO (Ref. 8/2019) R\$ 35,49



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2021 16:38:12

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061116381139900000042223505

Número do documento: 21061116381139900000042223505

Num. 44412748 - Pág. 13



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Ricardo Lira Pereira,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____

Órgão _____, portador do CPF nº 087.679.004-02,

com domicílio na cidade de Bucena, no Estado de

Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Azenhaamento Outeiro de Ricardo, nº 44.

complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

Ramona Beatriz de Senna Felicio, cujo o condutor era

Veículo: MOTONETA Modelo: HONDA BIZ 100 ES Ano: 2015

Placa: QFT08848/PB Chassi: 9C2HC1420FR032943

Data do Acidente: 18/11/19 Declaracao do proprietario do veiculo



* Local e Data: Bucena, de de 2019.

Ricardo Lira Pereira

Assinatura do Declarante

Ramona Beatriz de Senna Felicio

Assinatura do Condutor

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





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Rolino S. S. Telles portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 I623 / I626, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 10 (DEZ) dias, a partir desta data.

João Pessoa

Ricardo R. Chaves
CRM-PB 2021 / CRF-PB 001

18/11/19

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1º VIA-PACIENTE

2º VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Quarta, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

Documentação médica - hospitalar



Receuário

Paciente: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO Idade: 20
Data: null Sexo: Feminino CPF: Não Informado BAE: 1204575

AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA (COLISÃO C/ POSTE), QUEIXAS DE DOR EM MÃO D, JOELHO E, DORSO, TORNOZELO D E ABDOME. REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA E TONTURA; NEGA VÔMITOS. REFERE CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS E NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. APRESENTA ESCORIAÇÕES EM DORSO, REGIÃO LOMBAR, JOELHO E E D, Perna E E D, PÉ E E D, MÃO D + FRATURA EXPOSTA DO 2º QDD + EDEMA NO TORNOZELO D. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. NEGA GRAVIDEZ NÃO SABE INFORMAR SOBRE VAT. AO EXAME: EOR, EUPNEICA, CORADA, LÚCIDA, ESTÁVEL, ACIANÓTICA, AGITADA (TEM HISTÓRIA DE INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA).

RAIO X: MÃO DIREITA COM FRATURA EXPOSTA DAS FALANGES PROXIMAL E MÉDIA DO 2º QDD E FRATURA 3º MTD + FRATURAS RÁDIO E ULNÁ DISTAIS
RAIO X JOELHO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO SEM SINAL DE FRATURA OU LUXAÇÃO.

CD: ORIENTAÇÕES
ANTIBIÓTICO
TETANOGAMMA
ENCAMINHAMENTO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO
ORIENTADO POR DR. ROGRIGO AMARAL

Dr. Bruno Roma
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 18075

Dr. BRUNO DE LUNA ROMA
10075/PB

HETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Ramona B. S. Filho, portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S62, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30 (treinta) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 05/12/19

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a) das Filho
Dr.º Suelio Moreira Torres
CRM-PB/21212

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Romulo S. L. Ferreira

uso de:

OBSUPROFEN 600 - 100.

Toma d 2. 8/8h

28/11/19

Ricardo R. Encarnação

Assinatura e Carimbo



Receituário

Paciente: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

Idade: 20

Data: null

Sexo: Feminino

CPF: Não Informado

BAE: 1204575

AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA (COLISÃO C/ POSTE), QUEIXAS DE DOR EM MÃO D, JOELHO E, DORSO, TORNOZELO D E ABDOME. REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA E TONTURA; NEGA VÔMITOS. REFERE CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS E NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. APRESENTA ESCORIÇAÇÕES EM DORSO, REGIÃO LOMBAR, JOELHO E E D, Perna E E D, PÉ E E D. MÃO D + FRATURA EXPOSTA DO 2º QDD + EDEMA NO TORNOZELO D. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. NEGA GRAVIDEZ. NÃO SABE INFORMAR SOBRE VAT. AO EXAME: ECR, EUPNEICA, CORADA, LUCIDA, ESTÁVEL, ACIANÓTICA, AGITADA (TEM HISTÓRIA DE INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA).

RAIO X: NÃO DIREITA COM FRATURA EXPOSTA DAS FALANGES PROXIMAL E MÉDIA DO 2º QDD E FRATURA 3º MTD + FRATURAS RÁDIO E ULNÁ DISTAIS
RAIO X JOELHO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO SEM SINAL DE FRATURA OU LUXAÇÃO.

CD: ORIENTAÇÕES
ANTIBIÓTICO

TETANOGLAMMA

ENCAMINHAMENTO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO
ORIENTAÇÃO POR DR. ROGRIGO AMARAL

Dr. Bruno Roma
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 18075

Dr. BRUNO DE LUNA ROMA

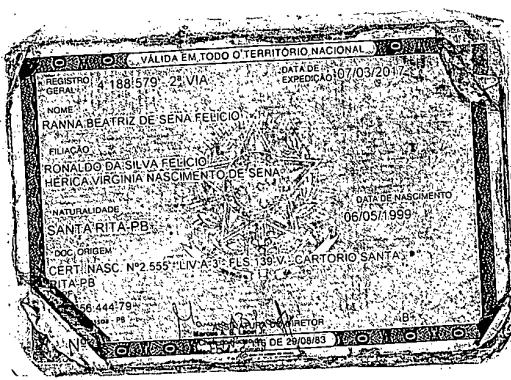
10075/PB

HETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775

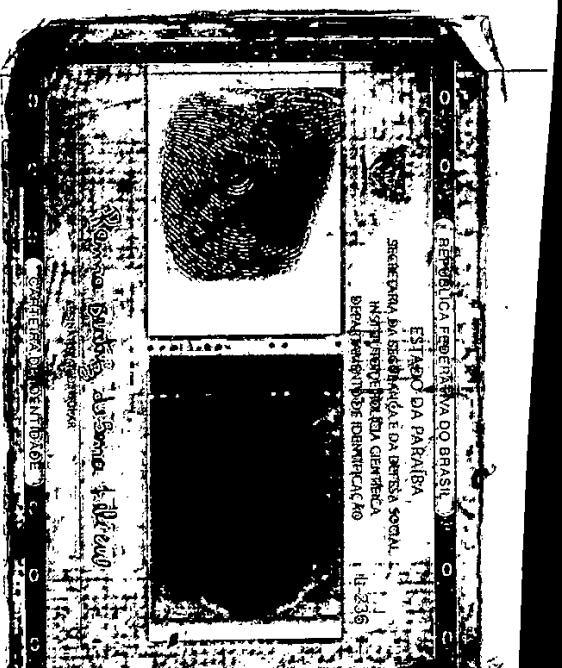


Documentos de identificação



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2021 16:38:12
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061116381139900000042223505
Número do documento: 21061116381139900000042223505

Num. 44412748 - Pág. 20



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2021 16:38:12
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106111638113990000042223505>
Número do documento: 2106111638113990000042223505

Num. 44412748 - Pág. 21

TRABALHADOR

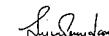
MINISTÉRIO DO TRABALHO

Esta é, sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5-552 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

206.09113.53-9



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO																																																																															
RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO FILIAÇÃO..... HÉRCIA VIRGINIA NASCIMENTO DE SENA RONALDO DA SILVA FELICIO NASCIMENTO..... 06/05/1990 ESTADO CIVIL.... SOLTEIRO NATURALIDADE: SANTA RITA - PB DOCUMENTO.... RG - 188579 - 07/03/2017 - SSDS - PB																																																																															
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995 CPF..... 102 256 444-79 TIT. ELEITOR: LOCAL DE EMISSÃO: SRTE/PB - JOÃO PESSOA DATA DE EMISSÃO: 03/07/2017	CNH..... SEÇÃO: ZONA:  <small>SERVICO PÚBLICO DANTAS Superintendente Regional do Trabalho e Emprego/PE CÓPIA AUTOMÁTICA PARA O MEU CARTÃO</small>																																																																														
ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE <table border="1"> <tr> <td>L</td> <td>E</td> <td>C.</td> <td>E</td> <td>N</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>A</td> <td>SIGUNTO</td> <td>C.</td> <td>DRONCO</td> <td>I.</td> <td>P.</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>DRONCO</td> <td>E.</td> <td>DRONCO</td> <td>F.</td> <td>DRONCO</td> </tr> <tr> <td>C</td> <td>DRONCO</td> <td>G.</td> <td>DRONCO</td> <td>H.</td> <td>DRONCO</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>DRONCO</td> <td>I.</td> <td>DRONCO</td> <td>J.</td> <td>DRONCO</td> </tr> <tr> <td>E</td> <td>DRONCO</td> <td>K.</td> <td>DRONCO</td> <td>L.</td> <td>DRONCO</td> </tr> <tr> <td>F</td> <td>DRONCO</td> <td>M.</td> <td>DRONCO</td> <td>N.</td> <td>DRONCO</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>DRONCO</td> <td>O.</td> <td>DRONCO</td> <td>P.</td> <td>DRONCO</td> </tr> <tr> <td>H</td> <td>DRONCO</td> <td>Q.</td> <td>DRONCO</td> <td>R.</td> <td>DRONCO</td> </tr> <tr> <td>I</td> <td>DRONCO</td> <td>S.</td> <td>DRONCO</td> <td>T.</td> <td>DRONCO</td> </tr> <tr> <td>J</td> <td>DRONCO</td> <td>U.</td> <td>DRONCO</td> <td>V.</td> <td>DRONCO</td> </tr> <tr> <td>K</td> <td>DRONCO</td> <td>W.</td> <td>DRONCO</td> <td>X.</td> <td>DRONCO</td> </tr> <tr> <td>L</td> <td>DRONCO</td> <td>Y.</td> <td>DRONCO</td> <td>Z.</td> <td>DRONCO</td> </tr> </table>		L	E	C.	E	N	D	A	SIGUNTO	C.	DRONCO	I.	P.	B	DRONCO	E.	DRONCO	F.	DRONCO	C	DRONCO	G.	DRONCO	H.	DRONCO	D	DRONCO	I.	DRONCO	J.	DRONCO	E	DRONCO	K.	DRONCO	L.	DRONCO	F	DRONCO	M.	DRONCO	N.	DRONCO	G	DRONCO	O.	DRONCO	P.	DRONCO	H	DRONCO	Q.	DRONCO	R.	DRONCO	I	DRONCO	S.	DRONCO	T.	DRONCO	J	DRONCO	U.	DRONCO	V.	DRONCO	K	DRONCO	W.	DRONCO	X.	DRONCO	L	DRONCO	Y.	DRONCO	Z.	DRONCO
L	E	C.	E	N	D																																																																										
A	SIGUNTO	C.	DRONCO	I.	P.																																																																										
B	DRONCO	E.	DRONCO	F.	DRONCO																																																																										
C	DRONCO	G.	DRONCO	H.	DRONCO																																																																										
D	DRONCO	I.	DRONCO	J.	DRONCO																																																																										
E	DRONCO	K.	DRONCO	L.	DRONCO																																																																										
F	DRONCO	M.	DRONCO	N.	DRONCO																																																																										
G	DRONCO	O.	DRONCO	P.	DRONCO																																																																										
H	DRONCO	Q.	DRONCO	R.	DRONCO																																																																										
I	DRONCO	S.	DRONCO	T.	DRONCO																																																																										
J	DRONCO	U.	DRONCO	V.	DRONCO																																																																										
K	DRONCO	W.	DRONCO	X.	DRONCO																																																																										
L	DRONCO	Y.	DRONCO	Z.	DRONCO																																																																										

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DOCUMENTO	
MOTIVO	

ASSINATURA E CARMARO DO SERVIDOR:

DOCUMENTO

ASSINATURA CARIMBO DO SLENDOR

DOCUMENTO

NAME _____

ASSINATURA E CARMÍNIO DOS SERVIDOR

A - CASAMENTO | B - SEP. JUDICIAL | C - NOME DO CÔNJUGE | D - ADOPÇÃO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | F - AUDIÁNCIA VOLUNTÁRIA | G - DATA DE NASCIMENTO

o seu ambiente e o seu estado de conservação e as conservadoras profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e dar-lhe, por além de conter o registo de sua vida profissional, a garantia da preservação e validade dos seus direitos como trabalhador e cidadão, contribuir para assegurar o seu futuro e os de seus descendentes, tanto válidamente, quanto comumente de identificação.

CONFECIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MATE: WWW.MATE.COB.R

Cuidado, sua importância, é seu dever protegê-la e conservá-la, profissionalizando seu portador.

Pela sua importância, é seu dever apresentar a preservação e validade profissional e a garantia da preservação e validade do documento de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribuir para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFEDERAÇÃO DOS RECURSOS DO FATO - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VESTE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

Ela é, sua **Cartera de Trabalho - CTPS**, instituída pelo Decreto Presidencial nº 22.035 de 19.12.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-Lei nº 54.026 de 01.05.1935 que aprovou a CTPS. Ela é documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2021 16:38:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106111638113990000042223505>
Número do documento: 2106111638113990000042223505

Num. 44412748 - Pág. 22

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

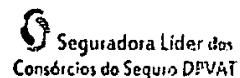
DETTRAN

DETTRAN - PB	012650866995
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
PLT 4341500000006980	01078401242-11/00/200000000 2015
RICARDO LIRA PEREIRA	
08767900102	0FT8848/PB
NOVO	PP 19C2HG1420FRO32943
AUTOMÓVEL / CARRO / FABRICADO / GASOLINA	
VALIDADE: 01/07/2015 - 31/12/2015	
PARTIDA: PRETA	
VALOR PAGO EM: 21/07/2016	
PAGAMENTO: PARCELA MENSAL	
VALOR PAGO: R\$ 1.000,00	
DATA DE EMISSÃO: 26/07/2016	
Nº DA FOLHA: 232217	

OUT



RECEBIMENTO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032655/20

Vítima: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

CPF: 102.256.444-79

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/11/2019

Titular do CPF: RANNA BEATRIZ DE SENA
FELICIO

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Declaração do Proprietário do Veículo
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

Outros



RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO : 102.256.444-79

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

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 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: 23/01/2020
Nome: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO
CPF: 102.256.444-79

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/01/2020
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPEZ
CPF: 156.118.057-28

RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

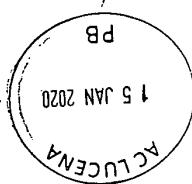
AGNES CRISTINA GUEDES LOPEZ



DEO DT TANIECA - RT
CEP - 20034-205

SEGUARDOURA LÍDICE - FEDICO DE SEGURADA DPUA
MUA SENADOR DANIELS N° 44 45º ANDAR CENTRO

PRAIA



Detalhe Técnico:

RÁNIMA BATERIA DE SEARA FELICEDO
RUA TORRE ALTO SN CENTRO
CEP. 58315-000
LNU ME PS



Receituário

Paciente: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

Idade: 20

Data: null

Sexo: Feminino

CPF: Não Informado

BAE: 1204575

AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA (COLISÃO C/ POSTE), QUEIXAS DE DOR EM MÃO D, JOELHO E, DORSO, TORNOZELO D E ABDOME. REFERE PERDA DE CONSCIÊNCIA E TONTURA; NEGA VÔMITOS. REFERE CERVICALGIA. NEGA QUEIXAS TORÁCICAS E NÃO APRESENTA DESCONFORTO RESPIRATÓRIO. APRESENTA ESCORIÇAÇÕES EM DORSO, REGIÃO LOMBAR, JOELHO E E D, Perna E E D, PÉ E E D. MÃO D + FRATURA EXPOSTA DO 2º QDD + EDEMA NO TORNOZELO D. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. PATOLOGIAS PRÉVIAS E USO REGULAR DE MEDICAÇÃO. NEGA GRAVIDEZ. NÃO SABE INFORMAR SOBRE VAT. AO EXAME: ECR, EUPNEICA, CORADA, LUCIDA, ESTÁVEL, ACIANÓTICA, AGITADA (TEM HISTÓRIA DE INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA).

RAIO X: NÃO DIREITA COM FRATURA EXPOSTA DAS FALANGES PROXIMAL E MÉDIA DO 2º QDD E FRATURA 3º MTD + FRATURAS RÁDIO E ULNÁ DISTAIS
RAIO X JOELHO ESQUERDO E TORNOZELO DIREITO SEM SINAL DE FRATURA OU LUXAÇÃO.

CD: ORIENTAÇÕES
ANTIBIÓTICO

TETANOGLAMMA

ENCAMINHAMENTO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO
ORIENTAÇÃO POR DR. ROGRIGO AMARAL

Dr. Bruno Roma
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 18075

Dr. BRUNO DE LUNA ROMA

10075/PB

HETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032655/20

Número do Sinistro: 3200038679

Vítima: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

CPF: 102.256.444-79

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/11/2019

Titular do CPF: RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO : 102.256.444-79

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 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.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2021 16:38:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061116381139900000042223505>
Número do documento: 21061116381139900000042223505

Num. 44412748 - Pág. 28



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE CABEDELO/PB

Processo n.º 08045557620208150731

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO**, 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:

DA FALTA DE INTERESSE PROCESSUAL

PENDÊNCIA DOCUMENTAL

O processo deve ser extinto sem conhecimento do mérito, porque não concorre uma das condições da ação: o **INTERESSE PROCESSUAL**.

Verifica-se que, o autor ingressou com o pedido administrativo, todavia, incorreu em pendência documental, de maneira que deixou de sanear tal pendencia, acarretando no cancelamento do sinistro.

Insta esclarecer que o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro pacificou o tema e conforme o Aviso nº 108/2012 resta incontestável a necessidade de requerer o pagamento administrativo antes de ingressar com ação no Judiciário, vejamos:

"A prova do requerimento administrativo prévio à seguradora da cobrança da cobertura do seguro DPVAT deve ser exigida pelo juiz no exame da petição inicial".

No mesmo sentido, se posicionou o Superior Tribunal de Justiça, vejamos:

"AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO ESPECIAL. SEGURO. DPVAT. REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. REQUISITO ESSENCIAL PARA CONFIGURAÇÃO DO INTERESSE DE AGIR.

Inérgia do autor quanto a este pedido. Reversão do entendimento. Impossibilidade. Incursão em matéria fático-probatória. Incidência da Súmula 7/STJ. Violão ao princípio da inafastabilidade do acesso à Justiça. Impossibilidade de exame por esta Corte de Justiça. Matéria atinente à competência do Supremo Tribunal Federal.

O requerimento administrativo prévio constitui requisito essencial para o ingresso de demanda judicial.

(...) 4. Agravo regimental desprovido" (AgRg no REsp 936574/SP, Terceira Turma, Rel. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, julgamento em 02/08/2011).

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2021 16:38:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061116381221800000042223506>
Número do documento: 21061116381221800000042223506

Num. 44413199 - Pág. 1

Trata-se de oportunizar à seguradora o pagamento extrajudicial, até porque, o requerimento prévio administrativo é requisito essencial para a utilidade da providência jurisdicional, conforme dispõe o art. 5º, § 1º da Lei 6.194/74, abaixo transscrito:

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

(...)

§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30

(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)(...)"

A atitude de ingressar com ação antes de tentar solucionar a questão pela via administrativa, que, frise-se, é mais célere, acarreta aglomeração de processos, como se observa com frequência em nosso Judiciário.

Deste modo, verifica-se que a seguradora só se constitui em mora 30 dias após a entrega de todos os documentos legais na esfera administrativa. E, no caso dos autos, o direito de ação nasceria com a recusa do pagamento do sinistro na instância administrativa, o que corresponderia ao evento danoso. Como isto nunca ocorreu, não tem a parte autoral a necessária legitimidade postulatória.

Assim, tendo o autor deixado de cumprir as exigências administrativas à indenização que entende devida, ingressando com a presente ação sem antes eliminar todas as possibilidades, resta claro que não existe interesse na demanda.

Importante salientar, ademais, que as sociedades seguradoras não têm o menor propósito de eximir-se de sua obrigação quando comprovado que é realmente devida a indenização pleiteada, eis que pagar sinistro regularmente coberto é da inherência das suas atividades.

Diante disso, impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, na forma do Art. 485, VI, do CPC, pois a existência do litígio constitui condição lógica do processo, cabendo ser evidenciado que o cidadão não deve e nem pode, a seu livre arbítrio e prazer, acionar a prestação jurisdicional do Estado em conflitos que certamente poderiam ser resolvidos de forma consensual e sem a interferência estatal.

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2021 16:38:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061116381221800000042223506>
Número do documento: 21061116381221800000042223506

Num. 44413199 - Pág. 2

Nota-se que o i. perito utilizou 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 fixada o quantum indenizatório.

Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CABEDELO, 9 de junho 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 - 11/06/2021 16:38:12
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061116381221800000042223506>
Número do documento: 21061116381221800000042223506

Num. 44413199 - Pág. 3