



11/06/2021

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)
<del>Heuder Romero Liberalino da Nobrega (TERCEIRO INTERESSADO)</del>	
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44412747	11/06/2021 16:38	<a href="#">Petição</a>	Petição
44412748	11/06/2021 16:38	<a href="#">2735055_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
44413199	11/06/2021 16:38	<a href="#">2735055_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

em anexo



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032655/20

**Vítima:** RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

**CPF:** 102.256.444-79

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

**Data do acidente:** 18/11/2019

**Titular do CPF:** RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO

**CPF de:** Próprio

### 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

**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](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: 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](http://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: 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, contatos 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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:

<b>Autorização de pagamento</b>	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.
<b>Documentação médico-hospitalar</b>	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

0066914



Carta nº 15446831





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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:

<b>Formulário do Pedido Seguro DPVAT</b>	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

00585/00586



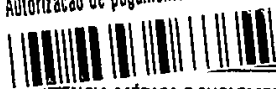
Carta nº 15684947





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:

Ranna Beatriz de Aena Felício

6 - CPF:

102.256.444-79

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

Rua João Aleixo

9 - Número:

S/N

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Lento

12 - Cidade:

Buena

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58.315-000

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:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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)



Divorçado



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 (ou nascos)?



Sim



Não

31 - Vítima teve irmãos?



Sim



Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:



Sim



Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?



Sim



Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

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

40 - Local e Data, Buena de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

a do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

17/01/20

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

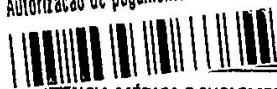
Num. 44412748 - Pág. 5





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:

Ranna Beatriz de Aena Felício

6 - CPF:

102.256.444-79

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:

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:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder 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 Líder 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)☐ Divorçado☐ 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 (se nascido)?

☐ 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 Líder 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.

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

40 - Local e Data:

Bucena de 2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

a do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

17/01/20

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. 6





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



**POLÍCIA CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e 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 Felício**, 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 Felício, 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.

**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 SÉRIAMENTE, 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 POLÍCIA 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.

Governador do Estado da Paraíba



Procedimento Policial: 00282.01.2019.1.05.101

ENCERRE



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
5ª 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 a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Lucena/PB, 11 de dezembro de 2019.

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA  
Agente de Investigação

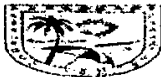
Governo do Estado da Paraíba  
Sec. de Segurança Pública  
Alexandre J. N. de Souto Lima  
Comissário - Mat. 157.356-0

RANNA BEATRIZ DE SENA FELÍCIO  
Noticiante



Procedimento Policial: 00282.01.2019.1.05.101





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	2616219	Márcia	Diurno <input checked="" type="checkbox"/> Noturno <input type="checkbox"/>	17:00	22:30
Paciente			Idade	SEXO	
Mama Beatriz de Sena Falcão			20	Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input checked="" type="checkbox"/>	
Local da ocorrência			Bairro:	Cidade:	
R. Projetada			Gomelina	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	<input type="checkbox"/> PEDRIATRICO	<input type="checkbox"/> AIDS	<input type="checkbox"/> DOENÇA MENTAL
<input type="checkbox"/> AGRESSÃO	<input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO	<input type="checkbox"/> ALCOOLISMO	<input type="checkbox"/> DOENÇA RENAL
<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> AFOGAMENTO	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> DROGAS
<input type="checkbox"/> DESABAMENTO/SOTERRAMENTO	<input type="checkbox"/> QUEDA-ALTURA	<input type="checkbox"/> CIRURGIAS REALIZADAS	<input type="checkbox"/> HIPERTENÇÃO ARTERIAL
<input type="checkbox"/> ELETROCUSSÃO	<input type="checkbox"/> QUEIMADURAS	<input type="checkbox"/> CONVULSÕES	<input type="checkbox"/> INTERNAMENTOS ANTERIORES
<input type="checkbox"/> F.A.B	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTO DE USO CONTINUO
<input type="checkbox"/> F.A.F		<input type="checkbox"/> DOENÇA CARDÍACA	<input type="checkbox"/> PROBLEMAS RESPIRATÓRIOS
<input type="checkbox"/> GINECO-OBSTÉTRICO		<input type="checkbox"/> DOENÇA INFECTO- CONTAGIOSA	<input type="checkbox"/> OUTROS
<input type="checkbox"/> LESÕES TÉRMICAS			

Natureza da Ocorrência: ☐ CLÍNICO ☒ TRAUMA ☐ GINECO-OBSTÉTRICO ☐ PSIQUIÁTRICO

Motivo Acidente de 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:
Responsável:	Responsável: <u>Ana Virginia L. do Carmo</u> <u>Cirurgião Geral</u> <u>CRM-44115</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 VVAA ☐ 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  
gastrointestinal ineficaz ☐ Perfusão Tissular Renal ineficaz ☐ Termo regulação ineficaz ☐ Troca de Gases Prejudicada ☐ Ventilação  
Espontânea prejudicada ☐ Volume de líquido Deficiente ☐ Volume Excessivo de líquido ☐ Náuseas ☐ Retenção Urinária ☐ Percepção  
Sensorial Perturbada ☐ Interação social Prejudicada ☐ Incontinência Intestinal ☐ Eliminação Urinária Prejudicada ☐ Constipação  
(Orientação da Regulação Médica) faça protocolo, como Xingon e

recomendar paciente p/ o Hospital de Trauma  
EVOLUÇÃO DO ENFERMEIRO (A) paciente consciente, orientada, escore de  
em MMSS II, fratura exposta da mandíbula da  
mandíbula direita, T.E. livre, sinais vitais estáveis.



**MATERIAL UTILIZADO (ENFERMAGEM)**

*Equipos, soro, gases, faixas, 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 Etilico ☐ Sonolência ☐ Convulsão ☐ Otorrágia ☐ Epitaxe

**IDENTIFICAÇÃO DAS PUPILAS:** ☐ Midríase ☐ Miose ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas

**EXAME GINECO-OBSTÉTRICO:** ☐ Abortamento ☐ Hemorragia Vaginal ☐ Trabalho de parto ☐ normal \_\_\_ sem.

**ENCONTRADO** ☒ Decúbito Dorsal ☐ Lateral ☐ Ventral ☐ Sentado ☐ Deambulando ☐ Outro

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

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

Descrição dos procedimentos

**PERTENCENTES DA VÍTIMA:** ☐ SIM ☒ NÃO **Objetos:** \_\_\_\_\_

ENTREGUES À / Local

Assinatura com carimbo do receptor

**IDENTIFICAÇÃO DA EQUIPE QUE PRESTOU ATENDIMENTO**

**CONDUTOR:** Rassio **Matricula:** \_\_\_\_\_  
**TEC. ENFERMAGEM:** Beatriz **COREN:** \_\_\_\_\_  
**ENFERMEIRO:** Kalimne **COREN:** 566 981

**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 SAC DPVAT 0800 04412748 ou 0800 04412748 (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

Ranna Beatriz de Almeida Felício

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

E-mail

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.

Declaracao de Inexistencia de IML



Assinatura de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019  
Local e Data

Ranna Beatriz de Almeida Felício

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

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. 11


## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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, Ranna Beatriz de Sena Felício,  
RG nº 4 188 579 - 2ª 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 Alvaro</u>	Comprovante de residência 
Número	<u>S/N</u>	
Apto/Complemento		
Bairro	<u>Centro</u>	
Cidade	<u>Bucena</u>	
Estado	<u>Paraná</u>	
CEP	<u>58.315-000</u>	
Tel. de contato	<u>(183) 98831-5452</u>	
E-mail	<u>rannabeatriz0605@hotmail.com</u>	

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: Bucena, de \_\_\_\_\_ de 2019.

Ranna Beatriz S. Felício  
Assinatura do Declarante





Lugar: MONOFÁSICO  
 Dist: RES NTC 31/ RESIDENCIAL - BAIXA RENDA  
 Rot: 7-11-850 1000 Referência Out/2019  
 Med: 00009076C37 Emissão 14/10/2016

ENERGISA PARAGUÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, km. 25 - Costa Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690  
CNPJ 08.295.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº032 532 021  
Cód. para Déb. Automático: 00014735070

Out / 2019	14/10/2019	12/11/2019	066.012.904-78
------------	------------	------------	----------------

• Inc. Exp.

Terça-feira, 20 de maio de 2014 7:35 PM Enviado pelo Luf  
 # 10 de 10 mensagens em 15 de 2012  
 Confira as novidades do Qr! O nosso aplicativo para smartphones e  
 tablets oferece uma experiência e facilidade para você. Sobre o  
 app e os benefícios para você, confira se haverá desligamento  
 antes das 18h e não há mais acesso aos serviços de atendimento  
 Luf! - pelo celular. Sem mais e sem burocracia

[illegible]

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

RESERVADO AO FISCO

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

				Composição do Consumo		
				Discriminacao	Valor (R\$)	%
CONSUMO GERAL	8,87	0,00		Serviços de Dist. da Energia/PB	24,00	9,07
CONSUMO TRIMESTRAL	3,74			Compra de Energia	31,60	11,96
CONSUMO ANUAL	27,40			Serviço de Transmissão	3,57	1,35
CONSUMO SEMESTRAL	3,93	0,00	NOMINAL	Encargos Setoriais	3,61	1,37
CONSUMO TRIMESTRAL	7,10		CONTRATADA	Impostos Diretos e Encargos	87,98	25,73
CONSUMO SEMESTRAL	4,20		LIMITE INFERIOR	Outros Serviços	133,49	50,52
CONSUMO ANUAL	3,91	0,00	LIMITE SUPERIOR			
CONSUMO TRIMESTRAL	2,22			Total	264,25	100,00

Valor do EUCO (Ref. 01/2019) R\$ 35,49

\* Valido do EUSEO (Ref. 8/20/9) 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





## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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 Lima Pereira

RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 087.649.004-02

com domicílio na cidade de Bucena, no Estado de

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

Assentamento Outeiro de Miranda, 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

Ranna Beatriz de Lima Felício, cujo o condutor era

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

Placa: QFT8848/PB Chassi: 9C2HC1420FR032943

Data do Acidente: 18/11/19

Declaração do proprietário do veículo



\* Local e Data: Bucena, de \_\_\_\_\_ de 2019.

Ricardo Lima Pereira  
Assinatura do Declarante

Ranna Beatriz de Lima Felício  
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) Roberto S. S. Fialho 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 B623/B626, devendo permanecer afastado(a)  
de suas atividades laborativas por um período de 10  
(DEZ) dias, a partir desta data.

João Pessoa, \_\_\_\_\_

Ricardo R. Chirre  
CRM-PE 2012 / CRM-PB 6801

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

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

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

Documentação médico-hospitalar



## 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), QUEIXA-SE 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= EGR, 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

HEETSHL - 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) Anna 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-10 562, devendo permanecer afastado(a)  
de suas atividades laborativas por um período de 30  
(trinta) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 05/12/19

[Assinatura]  
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a) Anna B. S. Filho  
Obstetra Pediatra  
CRM-4127

### 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:

Romão S. L. Fêbio

Uso Oral:

① OTUPROFENO 600 - Or.  
Toma de 2. 8/8h

28/11/19

Ricardo R. Chiracovic  
CREMOM 12012 / CAD-TO 4801

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), QUEIXA-SE 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= ECR, 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

TETANO GAMMA

ENCAMINHAMENTO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO

ORIENTADO POR DR. ROGRIGO AMARAL

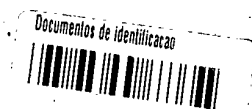
Dr. Bruno Roma  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 18075

Dr. BRUNO DE LUNA ROMA  
10075/PB

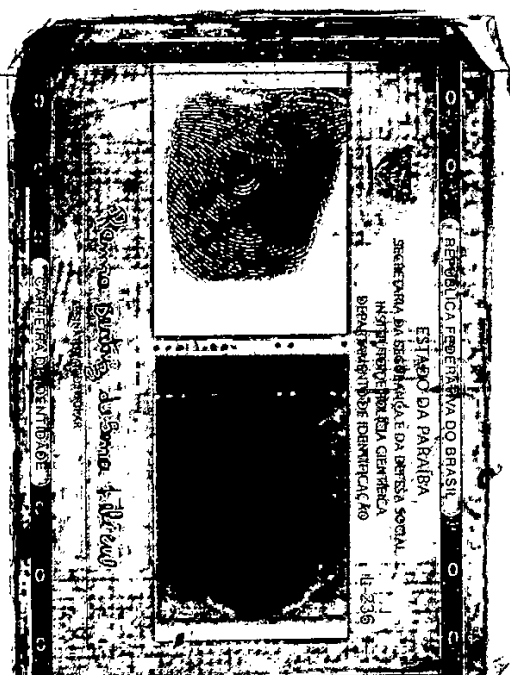
HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

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









# TRABALHADOR

Esta é a 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 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos benefícios perante a Previdência Social, como a data de início de trabalho, a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro-desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, que, por sua vez, também, como documento de identificação.

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

VISITE O PORTAL MTE: [WWW.MTE.GOV.BR](http://WWW.MTE.GOV.BR)

# MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

## CARTeira DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

7266595 0050 PB

206.09113.53-9



Ranna Beatriz de Sena Felício  
ASSINADORA PROFI. ATUAL

# QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

**RANNA BEATRIZ DE SENA FELICIO**  
FILIAÇÃO.....: HÉRICA VIRGINIA NASCIMENTO DE SENA  
RONALDO DA SILVA FELICIO  
NASCIMENTO.....: 06/05/1999  
ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO  
NATURALIDADE.....: SANTA RITA - PB  
DOCUMENTO.....: RG - 8188579 - 07/03/2017 - SDDS - PB

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995  
CPF.....: 102 256 444-79  
TÍT. ELEITOR.....: CNH.....: ZONA:  
SEÇÃO:  
LOCAL DE EMISSÃO: SRTEPB - JOÃO PESSOA  
DATA DE EMISSÃO: 03/07/2017

SUELIO MOREIRA TORRES  
Superintendente Regional do Trabalho e Emprego  
PÚBLICA NACIONAL

# ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO	DATA DE NASC. DE	PARA	DOCUMENTO
ASSINADORA E COMANDO DO SERVIÇO	ASSINADORA E COMANDO DO SERVIÇO	ASSINADORA E COMANDO DO SERVIÇO	ASSINADORA E COMANDO DO SERVIÇO
NOME	DOCUMENTO	NOME	DOCUMENTO
ASSINADORA E COMANDO DO SERVIÇO	ASSINADORA E COMANDO DO SERVIÇO	ASSINADORA E COMANDO DO SERVIÇO	ASSINADORA E COMANDO DO SERVIÇO
NOME	DOCUMENTO	NOME	DOCUMENTO
ASSINADORA E COMANDO DO SERVIÇO	ASSINADORA E COMANDO DO SERVIÇO	ASSINADORA E COMANDO DO SERVIÇO	ASSINADORA E COMANDO DO SERVIÇO

1. EMISSÃO  
2. CANCELAMENTO  
3. RECONHECIMENTO DE FIRMADO  
4. DATA DE NASCIMENTO  
5. SEXO  
6. IDADE  
7. ENDEREÇO  
8. ENDEREÇO ANTIGO  
9. ENDEREÇO NOVO  
10. ENDEREÇO NOVO  
11. ENDEREÇO NOVO  
12. ENDEREÇO NOVO  
13. ENDEREÇO NOVO  
14. ENDEREÇO NOVO  
15. ENDEREÇO NOVO  
16. ENDEREÇO NOVO  
17. ENDEREÇO NOVO  
18. ENDEREÇO NOVO  
19. ENDEREÇO NOVO  
20. ENDEREÇO NOVO  
21. ENDEREÇO NOVO  
22. ENDEREÇO NOVO  
23. ENDEREÇO NOVO  
24. ENDEREÇO NOVO  
25. ENDEREÇO NOVO  
26. ENDEREÇO NOVO  
27. ENDEREÇO NOVO  
28. ENDEREÇO NOVO  
29. ENDEREÇO NOVO  
30. ENDEREÇO NOVO  
31. ENDEREÇO NOVO  
32. ENDEREÇO NOVO  
33. ENDEREÇO NOVO  
34. ENDEREÇO NOVO  
35. ENDEREÇO NOVO  
36. ENDEREÇO NOVO  
37. ENDEREÇO NOVO  
38. ENDEREÇO NOVO  
39. ENDEREÇO NOVO  
40. ENDEREÇO NOVO  
41. ENDEREÇO NOVO  
42. ENDEREÇO NOVO  
43. ENDEREÇO NOVO  
44. ENDEREÇO NOVO  
45. ENDEREÇO NOVO  
46. ENDEREÇO NOVO  
47. ENDEREÇO NOVO  
48. ENDEREÇO NOVO  
49. ENDEREÇO NOVO  
50. ENDEREÇO NOVO  
51. ENDEREÇO NOVO  
52. ENDEREÇO NOVO  
53. ENDEREÇO NOVO  
54. ENDEREÇO NOVO  
55. ENDEREÇO NOVO  
56. ENDEREÇO NOVO  
57. ENDEREÇO NOVO  
58. ENDEREÇO NOVO  
59. ENDEREÇO NOVO  
60. ENDEREÇO NOVO  
61. ENDEREÇO NOVO  
62. ENDEREÇO NOVO  
63. ENDEREÇO NOVO  
64. ENDEREÇO NOVO  
65. ENDEREÇO NOVO  
66. ENDEREÇO NOVO  
67. ENDEREÇO NOVO  
68. ENDEREÇO NOVO  
69. ENDEREÇO NOVO  
70. ENDEREÇO NOVO  
71. ENDEREÇO NOVO  
72. ENDEREÇO NOVO  
73. ENDEREÇO NOVO  
74. ENDEREÇO NOVO  
75. ENDEREÇO NOVO  
76. ENDEREÇO NOVO  
77. ENDEREÇO NOVO  
78. ENDEREÇO NOVO  
79. ENDEREÇO NOVO  
80. ENDEREÇO NOVO  
81. ENDEREÇO NOVO  
82. ENDEREÇO NOVO  
83. ENDEREÇO NOVO  
84. ENDEREÇO NOVO  
85. ENDEREÇO NOVO  
86. ENDEREÇO NOVO  
87. ENDEREÇO NOVO  
88. ENDEREÇO NOVO  
89. ENDEREÇO NOVO  
90. ENDEREÇO NOVO  
91. ENDEREÇO NOVO  
92. ENDEREÇO NOVO  
93. ENDEREÇO NOVO  
94. ENDEREÇO NOVO  
95. ENDEREÇO NOVO  
96. ENDEREÇO NOVO  
97. ENDEREÇO NOVO  
98. ENDEREÇO NOVO  
99. ENDEREÇO NOVO  
100. ENDEREÇO NOVO

03

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

CONTRON

DETRAN - PS Nº 012650866995

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PLACA: 08767900402 PRT: 201500000026990 PRECÍDIO

11 0107660124-2 - 11-00/00000000 2015

RICARDO LIRA PEREIRA

08767900402

08767900402

NOVO

PE

9C2HC1420FR032943

FAZ MONTANA MACABITO

MACABITO

HONDA/PIZ 125

2015-2015

22/09/2015

PARTIC

PRETA

IPVA PAGO EM

21/07/2016

SEGURO

PAGO

26/01/2016

A. S. ADM. DE CONC. NACION HONDA LTDA

21/07/2016


21/07/2016

00217

OUT



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### 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](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: 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





DEP-20034-205-  
RIO DE JANEIRO - RJ

SEGURADORA LIDER - PEDRO DE SEGURO PRIVAT  
RUA SENADOR DANTAS N. 44, 45º ANDAR, CENTRO

PARA



REMETENTE:  
RANHA BEATRIZ DE SEVA FELICIO  
RUA SOUZA ALEXO SN CENTRO  
OBR. 58315.000  
MUCEMA 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), QUEIXA-SE 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= ECR, 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

TETANO GAMMA

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

HEETSHL - 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](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.





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 subscrive, 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 pendência, 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.**

**Inércia do autor quanto a este pedido. Reversão do entendimento. Impossibilidade. Incurção em matéria fático-probatória. Incidência da Súmula 7/STJ. Violação 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



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 transcrito:

**“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 inerência 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.



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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)

