



Número: **0801437-58.2019.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Pombal**

Última distribuição : **22/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 6.992,09**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE FERNANDES DE LUCENA (AUTOR)		CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44944 422	24/06/2021 15:05	Petição	Petição
44944 424	24/06/2021 15:05	2743156_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
44944 426	24/06/2021 15:05	2743156_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 04 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190350084

Vítima: JOSE FERNANDES DE LUCENA

Data do Acidente: 07/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FERNANDES DE LUCENA

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,

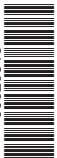
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14402483

Pag. 00697/00698 - carta_01 - INVALIDEZ

00020349





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, 18 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190350084

Vítima: JOSE FERNANDES DE LUCENA

Data do Acidente: 07/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FERNANDES DE LUCENA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE FERNANDES DE LUCENA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 0000029268-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 295.579.004-34 Nome completo da vítima: JOSE FERNANDES DE LUCEMA

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

Nome completo: JOSE FERNANDES DE LUCEMA CPF: 295.579.004-34

Profissão: APOSENTADO Endereço: Rua Bn 230 Número: 514 Complemento: CASA

Bairro: PETROPOLIS-FUN PERMUN Cidade: PARAIBA Estado: PB CEP: 58840-000

E-mail: EVANDRO.QUEIROGA.ADV@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): 83-98132-0080

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

REDA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0732 ☐ CONTA: 00029268 ☐ 2

(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (ver nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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 259 do Código Penal.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

Local e Data: _____ Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Jose Fernando de Lucena

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fidejussão do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 177/2019

Versando sobre: ACIDENTE DE TRÂNSITO /DPVAT

Data do fato: 07/12/2018— por volta de 15:00 horas

Local do ocorrido: BR 230, próximo ao Posto Gavel/ POMBAL-PB

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 18/03/2019 – 11:00Horas

COMUNICANTE: JOSE FERNANDES DE LUCENA- Filiação: Joaquim Fernandes da Silva e Valdeci Lucena Fernandes; Profissão: aposentado; Estado Civil: casado; Naturalidade: Santa Terezinha-PB; Nacionalidade: bras.; Data de Nascimento: 02/02/1952; Endereço Residencial: Rua João Pereira de Mondonça, s/n 1º andar, Bairro Petropolis - Pombal-PB; //; Telefone: 83 999384972/ Portador de RG nº 792.039 SSP-PB// CPF: 291.579.004-34.

HISTÓRICO: Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia o veículo MOTOCICLETA HONDA NXR 150 BROS ES / ANO/MODELO 2009- COR VERMELHA - PLACA NPX 3090 /PB, CHASSI: 9C2KD04209R046656, licenciada em nome do COMUNICANTE; Que quando trafegava na BR 230, sentido entrada de Pombal-PB, percebeu que o ônibus trafegava logo atrás do comunicante; Que próximo ao quebra molas na entrada da cidade, deu preferência o ônibus que lhe passasse, porem o ônibus ao fazer a manobra, colidiu com a motocicleta do comunicante; Que do acidente o comunicante teve fratura no braço direito, além de várias escoriações pelo corpo; Que foi socorrido para o Hospital Regional de Pombal-PB, pelo SAMU; Que no Hospital Regional de Pombal, foi atendido, recebeu os primeiros socorros, e após quatro dias foi transferido para o Hospital de Sousa-PB, onde foi submetido a cirurgia ortopédica; Que tem conhecimento do fato a pessoa de IANA LÍCIA LIMA DE BRITO, RG 1.066.035 SSP-PB, residente a Rua Domingos de Medeiros, 164, centro, Pombal. Que compareceu nesta Delegacia de Policia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 18 de março de 2019.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

OBS: O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE:

Test:

Policial responsável pela lavratura do boletim: Manoel de Sousa Lacerda
Agente de Polícia Civil
Mat. 168345-4





PRF

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

PROTOCOLO: Nº 18069378B01



Para maiores detalhes acesse: www.prf.gov.br/portal



Para cópia do seu Boletim acesse o site: www.prf.gov.br/novobat
/consultar informe o número do protocolo e o CPF/CNPJ de um
dos envolvidos no acidente; e Clique em Imprimir.



Atenção: As vítimas de acidente têm direito ao recebimento do
Seguro DPVAT. Para maiores informações, acesse: www.dpvaseguro.com.br Em casos de avaliação de danos com MÉDIA
ou GRANDE MONTA, verificar os trâmites de Resolução 544 do
CONTRAN. Procure o órgão estadual de trânsito (DETRAN) do
seu Estado, antes de fazer reparos no veículo.



Documento assinado eletronicamente por J. RAPOSO, matrícula 1306008, Polícia Rodoviária Federal, em 27/05/2018, conforme registro oficial da Polícia, com fundamento no art. 5º, inciso III, da Lei nº 13.002 de 24 de agosto de 2014, no art. 1º da Lei nº 9.506, de 8 de outubro de 2017 e na Resolução 544 do CONTRAN, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site portal.prf.gov.br/portal/validacao, informando o protocolo 18069378B01 e a senha de acesso 558073457129/PRF401514214450069.

191

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019





MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18069378B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 07/12/2018 Hora: 16:10 Município: POMBAL/PB
BR: 230 KM: 405,8 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: J. RAPOSO, 1969828

ASPECTOS DO LOCAL

Tipo de via: Principal	Tipo de pavimento: Asfalto
Tipo de pista: Simples	Condição da Pista: Seca
Estrutura Viária: Ativa	Localidade urbanizada: Sim
Acostamento: Sim	Centro Central: Não
Condição meteorológica: Céu Claro	Fase do dia: Pleno dia

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO DECRESCENTE



SENTIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 07/12/2018, por volta das 16h10, no km 405,8 da BR-230, em Pombal-PB, ocorreu um acidente, do tipo colisão lateral seguido de queda de ocupante de veículo, com vítima (1 lesionada). Os veículos envolvidos foram: a motocicleta HONDA/NXR150 BROS ES (V1); e o ônibus SCANIA/K113 CL (V2). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1 trafegava no acostamento do sentido São Bento-PB / Aparecida-PB, quando deparou-se com um caminhão parado no acostamento a sua frente, deslocou-se para a sua esquerda invadindo faixa de rolamento sentido crescente (São Bento-PB / Aparecida-PB) e colidiu lateralmente com V2 que transitava na mesma faixa e no mesmo sentido naquele momento. A colisão ocorreu na faixa de trânsito do sentido São Bento-PB / Aparecida-PB, conforme constatação de pequenos fragmentos desprendidos dos veículos. Com o impacto, V1 imobilizou-se no acostamento do sentido São Bento-PB / Aparecida-PB e V2 imobilizou-se em cima da pista de rolamento no sentido Aparecida-PB / São Bento-PB sob seus pneus. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a invasão da faixa de sentido São Bento-PB / Aparecida-PB, ação essa realizada por V1. Observações: O local do acidente esteve preservado. A velocidade regulamentar para o trecho era de 30 km/h. A sinalização da via encontrava-se em boas condições. O local apresentava sinalização horizontal de proibição de ultrapassagem em ambos os sentidos. No momento da chegada da equipe da PRF ao local do acidente, a ambulância do SAMU estava



Documento assinado eletronicamente por J. RAPOSO, ministro 1969828, Polícia Rodoviária Federal, em 07/12/2018, conforme Portal oficial do Brasil, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 20.262/2018, de 24 de agosto de 2007, no art. 8º da Lei nº 8.933, de 14 de outubro de 2016 e no art. 1º da Lei nº 20.262/2018, de 24 de agosto de 2007, no art. 1º da Lei nº 20.262/2018, de 24 de agosto de 2007.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://www.prf.gov.br/validar_documento informando o protocolo 18069378B01 ou número de controle 00070007077799991289218020202.

191





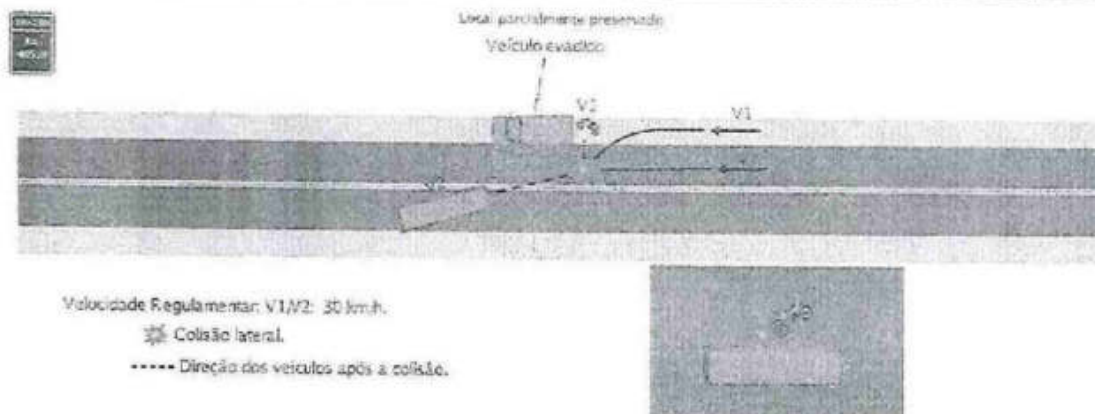
MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18069378901

realizando os primeiros socorros ao condutor de V1. Condutor de V1 foi socorrido e encaminhado para o Hospital Regional de Pombal. V2 foi notificado pela falta de disco de diagrama de tacógrafo em seu veículo. V2 ficou sob responsabilidade de seu condutor. V1 foi entregue ao sobrinho do condutor, o sr. Joaquim Fernandes da Silva Neto, CPF: 062.752.894-57. Foi realizado teste de etilômetro no condutor de V2, cujo resultado não acusou ingestão de álcool. Não foi possível realizar teste de etilômetro no condutor de V1, pois o mesmo estava imobilizado e passando por procedimentos médicos.

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



AMARRAÇÃO - NÃO REALIZADA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	V1, V2
2	Queda de ocupante de veículo	V1

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Deslize (m)	Amassamento (m)
1	V1			
1	V2			
2	V1			

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
---------------	-------------	----------------



Documento assinado eletronicamente por: RAPOSO, matrícula 1999928, Polícia Rodoviária Federal, em 24/06/2021, conforme horário oficial do Brasil, com fundamento no § 2º da Lei 10.236/2001, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º da Lei 11.650, de 8 de outubro de 2018 e no artigo 5º da Lei 11.650, de 8 de outubro de 2018, da Instrução Normativa Nº 67-ICG, de 10 de novembro de 2015. A autenticidade deste documento pode ser verificada no site <http://www.prf.gov.br/portal/assinatura>, informando o protocolo 18069378901 e o número da certificação 80887C8571774F4A11F9219E3C5F7.

191

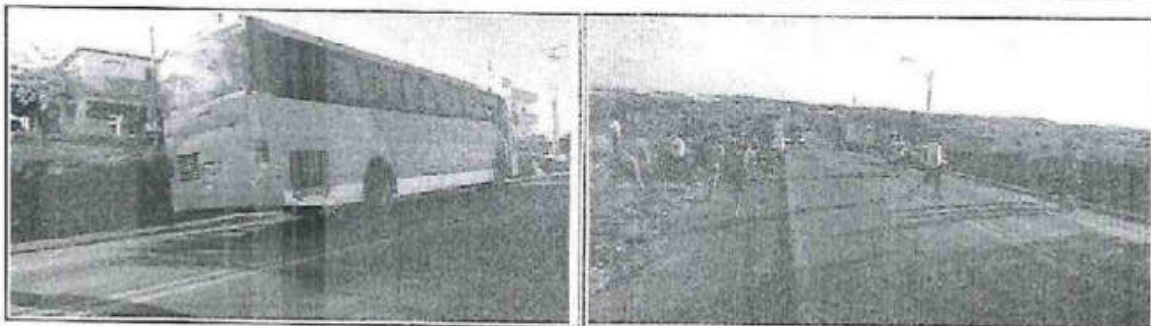


MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18069378801

IMAGENS COMPLEMENTARES



V1 - VEÍCULO 1 - NPX3090 - MOTOCICLETA

V1 - Informações

Placa: NPX3090 Marca/modelo: HONDA/NXR150 BROS ES

Ano fabricação: 2009 Chassi: 9C2KD04208R046658

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Manobra no momento do acidente: Entrando na via

Renavam: 00176032150

Tipo de veículo: Motocicleta

Cor: Vermelha

V1 - Encaminhamento

Motivo: Ausência de responsável

Tipo da Repetição: Outro

Informações complementares: Motocicleta entregue à Joaquim Fernandes da Silva Neto, CPF: 082.762.894-57, sobrinho do condutor.



Documento assinado eletronicamente por J. RAPOSO, matrícula 1905620, Polícia Rodoviária Federal, em 27/12/2016, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 3.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º da Decreto Nº 8.536, de 8 de outubro de 2015 e na Resolução V da art. 2º da Instrução Normativa Nº 91-DG, de 13 de novembro de 2016.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/infocoba/autenticar>, informando o protocolo 10006278801 e o número da assinatura 656870321077894413F9C1862CUFF.

191





MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18069378B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/NXR150 BROS ES

Placa: NPX3090

Nº BOAT: 18069378B01

Nome do Agente: J. RAPOSO

Matrícula do Agente: 1969628

Data: 07/12/2018

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro			X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira			X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira			X	
4	Coluna de direção			X	
5	Chassi			X	
6	Garfo traseiro			X	
7	Eixo traseiro (tríclicos)			X	

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por J. RAPOSO, matrícula 1969628, Polícia Rodoviária Federal, em 07/12/2018, conforme modelo NBR 15468-2018, com fundamento no § 2º do art. 10 da Lei nº 12.227-2, de 24 de agosto de 2010, no art. 3º do Decreto nº 6.505, de 8 de outubro de 2008 e no art. 2º da Instrução Normativa nº 41-2018, de 13 de novembro de 2018.
A autenticidade pode ser verificada no site sigla.prf.gov.br/validador/validador, inserindo o protocolo 18069378B01 e o número de controle 2006/2018/17799F-01/18AC-180388.

191





MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18069378B01

V1 - Proprietário

Nome: JOSE FERNANDES DE LUCENA
Email:
Endereço: POMBAL-PB

CPF/CNPJ: 291.579.004-34
Telefone:

V1C - CONDUTOR DE V1 - JOSE FERNANDES DE LUCENA

V1C - Informações

Nome: JOSE FERNANDES DE LUCENA
CPF: 291.579.004-34
sexo: Masculino
Usava capacete: Sim

Data de Nascimento: 02/02/1952
Estado civil: Casado(a)
Estado físico: Lesões Graves

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: B
UF: PB
Observações CNH: 99

Primeira habilitação: 28/12/1985
Vencimento da habilitação: 01/11/2021

Nº Registro: 05340331201
Motorista profissional: Não

V1C - Alterações da Capacidade Motora

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: RUA JOAO PEREIRA DE MENDONÇA, 40, CASA, PETROPOLIS, POMBAL-PB
Telefone: 83 996037777

Email:

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico
Informações complementares: Condutor socorrido para Hospital Regional de Pombal.

Tipo de Repetitor: SAMU

V2 - VEÍCULO 2 - HVN6071 - ÔNIBUS

V2 - Informações

Placa: HVN6071 Marca/modelo: SCANIA/K113 CL
Ano fabricação: 1990 Chassi: 9BSKC4X2ZL3459023
Espécie: Passageiro Categoria: Aluguel

Renavam: 00181990940
Tipo de veículo: Ônibus
Cor: Branca

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento
Informações complementares: Veículo funcionando perfeitamente. Ficou sob responsabilidade do condutor.

V2 - Cronotacógrafo



Documento assinado eletronicamente por J. RA-RODO, matrícula 1109325 - Polícia Rodoviária Federal, em 07/12/2019, conforme Diário Oficial da União, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.203-9, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.659, de 9 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 81-DG, de 13 de novembro de 2016.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/hovcbs/autenticar>, informando o protocolo 18069378B01 e o número de controle 88587C3E7D7753F4A13F8C1862C0FF.

191





MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18069378B01



Obrigatório para este tipo de veículo: Sim

Presente: Não



Documento assinado eletronicamente por: RAPSO, marlojn 1999020, Polícia Rodoviária Federal, em 27/12/2018, conforme certidão oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º da Decreto Nº 6.530, de 8 de outubro de 2012 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 04-DG, de 18 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.pt.gov.br/infocvpu/autenticar>, informando o protocolo 18069378B01 e o número de controle 85887C3E7D7725F4A12F4C1982C0FF.

191





MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODoviÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18069378B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / SCANIA/K113 CL

Placa: HVN8071

Nº BOAT: 18069378B01

Nome do Agente: J. RAPOSO

Matrícula do Agente: 1969628

Data: 07/12/2018

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
2	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
3	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
4	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
5	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
6	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
7	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
8	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
9	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
10	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
11	Avaria na estrutura das laterais ou do teto afetando o posto do condutor.	M		X	
12	Avaria na estrutura afetando a coluna "B" da carroçaria.	M		X	
13	Avaria na estrutura afetando qualquer ponto de fixação das poltronas/bancos.	M		X	
	Avarias na estrutura das laterais ou do teto atingindo o compartimento interno dos				
14	passageiros podendo ultrapassar o plano que passa pela linha de referência do peitoril (parte inferior das janelas).	M		X	
15	Estrutura com deformação vertical, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroçaria com o chassi	M		X	
16	Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroçaria com o chassi	M		X	
17	Região da carroçaria e/ou do chassi termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
18	Região do chassi termicamente afetada com dimensão maior que a 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	

Dano de Monta: Pequena



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por J. RAPOSO, matrícula 1969628, Polícia Rodoviária Federal, em 07/12/2018, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 13 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 8º do Decreto Nº 6.583, de 5 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 01-03, de 13 de novembro de 2016.
A autenticidade deste documento pode ser verificada no site: <http://www.prf.gov.br/boaspraticas/validar>, informando o protocolo 18069378B01 e o número de controle 35887038707769744158016620205.

191





MINISTÉRIO DA SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOMIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO Nº 18069378801



V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Documento assinado eletronicamente por J. RAPOSO, matrícula 18069320, Polícia Rodoviária Federal, em 07/07/2021, conforme protocolo de trânsito, com fundamento no § 2º do art. 13 da Med. da Presidência Nº 8.200-9, de 24 de agosto de 2001, no art. 9º do Decreto Nº 6.505, de 10 de outubro de 2010 e na alínea b do inciso V do art. 2º da Instrução Normativa Nº 91-20, de 15 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.drf.gov.br/validacao-autenticar>, informando o protocolo 18069378801 e o número do código 55867C35737785F4A13F8C1805D2FF.

191



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 295.579.004-34 Nome completo da vítima: JOSE FERNANDES DE LUCEMA

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

Nome completo: JOSE FERNANDES DE LUCEMA CPF: 295.579.004-34

Profissão: APOSENTADO Endereço: Rua Bn 230 Número: 514 Complemento: CASA

Bairro: PETROPOLIS-FUN PERDUA Cidade: PARAIBA Estado: PB CEP: 58840-000

E-mail: EVANDRO.QUEIROGA.ADV@HOTMAIL.COM Tel.(DDD): 83-98132-0080

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

REDA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todas as bancas)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 00029268 2

(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (ver nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____

Local e Data: _____ Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Jose Fernando de Lucena

Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ Assinatura do Procurador (se houver): _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE

HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



DIAGNÓSTICO MÉDICO/CD:

OBSERVAÇÕES DA ENFERMAGEM:

Em 12.30 da madrugada, foi trazida pelo Sr. Samuel, vítima de acidente automobilístico, apresentando lesões múltiplas, com fraturas expostas, lesões no membro superior direito, com fratura exposta. Foi encaminhado para a UTI.

ASS./COREN: Thayse Cristina de Farias Rodrigues
Enfermeira

CARACTERIZAÇÃO DO ATENDIMENTO:

NATUREZA DA CONSULTA:

CONSULTA BÁSICA (PAD):

CONSULTA ESPECIALIZADA:

PROCEDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO:

- ☐ 01 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA;
☐ 02 - PRIMEIRA CONSULTA;
☐ 03 - CONSULTA SUBSEQUENTE;
☐ 04 - ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐ 05 - VACINAÇÃO DE ROTINA;
☐ 06 - VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTO OU SITUAÇÕES PARTICULARES);
☐ 07 - VACINAÇÃO DE CAMPANHA;
☐ 08 - PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE;
☐ 09 - CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNIDADE.

MEDICAÇÃO:

- ☐ 1 - PRESCRIÇÃO
☐ 2 - APLICADA

ENCAMINHAMENTO:

- ☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO
☐ OUTRO HOSPITAL ☐ ÓBITO ☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	ATIV. PROF.	TIPO ATEND.	GRUPO ATEND.	FAIXA ETÁRIA
☐	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	☐

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (IS) ASSISTENTE (S) - CARIMBO (S):

ASS. DO PACIENTE/ACOMPANHAMENTO OU RESPONSÁVEL:

OU POLEGAR DIREITO

Antônio Ronaldo de Araújo Godinho

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



SABEMI - REC-EM 28 MAI 2019

☐ AZUL ☐ VERDE ☐ AMARELA ☐ LARANJA ☐ VERMELHA

ENFERMARIA: _____ LEITO: _____

PACIENTE:
NOME: José Fernandes de Lucena
COR: _____ DATA DE NASCIMENTO: 02/02/52 IDADE: 66 SEXO: M
NOME DA MÃE: Valdeci Lucena Fernandes PROFISSÃO: Apresentador
CARTÃO DO SUS: 703001861765171 RG/CNH: _____
MUNICÍPIO: Pombal ENDEREÇO: João Pereira de Mendonça
ESTADO: PE CEP: 58.870-000 CÓDIGO DO MUNICÍPIO: _____ DATA DE ATEND: 07/12/18
SINAIS VITAIS:
PA: _____ SPO: _____ FC: _____ R: _____ HGT: _____

MEDICAÇÃO EM USO: _____
ALÉRGICO: () SIM () NÃO SE SIM, AO QUE: _____

3 Paciente sofreu acidente de moto
causando lesão extensa
na região da espinha e fratura
do punho direito.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: Punho do punho direito
TIPOS: _____
RESULTADOS: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA/MATERIAL UTILIZADO:
1° ferimento corto-contuso da
2° região da espinha e fratura
3° do punho direito.
4° _____
5° _____
6° Xilocaína
7° Monomax 100
8° Tilztil 40+AD EV
9° Apizaco 100
10° Antibiótico 1.0g
11° _____
12° _____
13° _____
14° _____
15° _____
16° _____
17° _____
18° _____
19° _____

Dr. José Márcio de Sousa Neto
CRM-PB - 2070 CDE-42-550.054-6
Luzia Geral

Isayana Santos Bento
Técnica em Enfermagem
COREN-PB 067186 270

Thayse Cristine de Farias Nobrega
Enfermeira
COREN-PB 273.206



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:	11/06/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

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

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FERNANDES DE LUCENA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000029268-2

Nr. da Autenticação 42924D8E69732DEA



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: 0800-1595 / 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

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019

Eu, JOSE FERNANDES DE LULEMA,

RG nº 792.039, data de expedição 07/10/14,

Órgão SSDS/PB, CPF nº 296.579.004-34,

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

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua BR 230, SIM</u>
Número	<u>514</u>
Apto/Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>PETROPOLIS - FCO PEREIRA</u>
Cidade	<u>POMBAL</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58.840-000</u>
Tel. de contato	<u>83-98132-0080</u>
E-mail	<u>EVANDROQUEIROCA.ADV@HOTMAIL.COM</u>

Por ser verdade, firmo-me

Local e Data: POMBAL-PB, 30/05/2019

Jose Fernando de Lulema

Assinatura do Declarante



**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirino, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 08.123.654/0001-67

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

70912866

REFERÊNCIA

MAI/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

CARLOS IVANDRO RABELO DE QUEIROGA
RUA MIGUEL ALVES DA SILVA, 28 - 1 ANDAR
PETROPOLIS POMBAL, PB 58840-600

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residência	Comércio	Indústria	Outros	
112.004.365.0146.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
			LIGADO	POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NÚM DE DIAS | PROXIMA LEITURA
10 09/06/2019

MTST. CONS./ANOR. LEIT.	QUANT. ÁGUA (M3) 20 PORT. 05/2017 MS.	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES
ABR/2019 10		TURBIDEZ	0	0	0
MAR/2019 10		FLUÍDO	0	0	0
FEV/2019 10		COL. TERMO	0	0	0
JAN/2019 10		COR	0	0	0
DEZ/2018 10		COL. TOTAIS	0	0	0
NOV/2018 10		DADOS REFERENTES A: MAR/2019			
MEDIAÇÃO					

DATA DA IMPRESSÃO: 10/05/2019

HORA DA IMPRESSÃO: 08:52:30

DESCRIÇÃO

ÁGUA

CONSUMO

TOTAL(R\$)

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

17,91

ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E COFINS (LEI 12.741/12)

VENCIMENTO:

23/05/2019

Total a Pagar:

R\$ 37,91



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: NÃO MEDIDO

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

EM CONFORMIDADE COM ART. 37 DA LEI 12.007/2009, INFORMAMOS QUE NÃO HÁ PENDÊNCIA OU FATURA VENCIDA PARA ESTA MATRÍCULA. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI A COMPROVAÇÃO DA QUITAÇÃO DAS FATURAS MENSIS DOS DEBITOS ATÉ 31/12/2018, NÃO ADIACENDO OS PARCELAMENTOS PRESENTES NAS FATURAS DE 2018.

**CAGEPA**

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70912866	MAI/2019	23/05/2019	R\$ 37,91

82680000000 0 37910010112 8 07091286601 2 05201976003 9



SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/06/2021 15:05:54

http://pje.tpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21062415055375100000042719143

Número do documento: 21062415055375100000042719143

Num. 44944424 - Pág. 21



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO DOMINGOS
CNPJ: 01.612.891/0001-47
Demonstrativo de Pagamento de Salário
Referente: 03/2019



Matrícula		Nome					
6000779		CARLOS LEONARDO RABELO DE QUEIROGA					
CNP	FILIAÇÃO	Org. INSS	Emp. S. F.	Banco	Agência	Cidade	
030 623 674-29	170.60916.59.0	0	0	104	0752/3	0003149-5	037
Endereço residencial		Endereço					
00019 SEC EDU E F SER FINAL URBANA FUNDIST		0104/2012					
Endereço trabalho		Regime					
00019 SEC EDUC E F SERIE FINAL URBANA FUNDIST		EST					
Cargo/Função		Tempo de Serviço					
0140 PROFESSOR D		07 ENDS					
Nome do beneficiário do benefício		Margem Oportunitavel					
		862,11					

Código	Descrição	Ref.	Limite	Verificação	Descoberto
5001	RECEITAS	59		2 426,4	
1007	RECEITAS	28		502,88	
1001	RECEITAS	100		103,37	
1015	RECEITAS	100		922,4	
2100	RECEITAS	20			204
2500	RECEITAS	20			204
2607	RECEITAS	15			204
					204

Totais de Vendas:

3.273,82

Totais de Descontos:

321,44

Valor Líquido a Receber:

2.952,38

Valor pago em 03/2019

Assinatura



PREFEITURA MUNICIPAL DE SAO DOMINGOS
CNPJ: 01.612.891/0001-47
Demonstrativo de Pagamento de Salário
Referente: 03/2019



Matrícula		Nome					
6000779		CARLOS LEONARDO RABELO DE QUEIROGA					
CNP	FILIAÇÃO	Org. INSS	Emp. S. F.	Banco	Agência	Cidade	
030 623 674-29	170.60916.59.0	0	0	104	0752/3	0003149-5	037
Endereço residencial		Endereço					
00019 SEC EDU E F SER FINAL URBANA FUNDIST		0104/2012					
Endereço trabalho		Regime					
00019 SEC EDUC E F SERIE FINAL URBANA FUNDIST		EST					
Cargo/Função		Tempo de Serviço					
0140 PROFESSOR D		07 ENDS					
Nome do beneficiário do benefício		Margem Oportunitavel					
		862,11					

Código	Descrição	Ref.	Limite	Verificação	Descoberto
5001	RECEITAS	59		2 426,4	
1007	RECEITAS	28		502,88	
1001	RECEITAS	100		103,37	
1015	RECEITAS	100		922,4	
2100	RECEITAS	20			204
2500	RECEITAS	20			204
2607	RECEITAS	15			204
					204

Totais de Vendas:

3.273,82

Totais de Descontos:

321,44

Valor Líquido a Receber:

2.952,38

Valor pago em 03/2019

Assinatura



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu CARLOS EVARISTO D. QUEIROGA inscrito (a) no CPF/CNPJ 030.823.674 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSE FERNANDES DE LUCENA inscrito (a) no CPF sob o Nº 291.579.004 / 34, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ PERMANENTE da Vítima JOSE FERNANDES DE LUCENA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 291.579.004 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: PROFESSOR Renda: 3.273,82 e apresento os documentos comprobatórios:

CONTRACHEQUE

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>RUA MIGUEL ALVES DA SILVA</u>		<u>28</u>	<u>1ª ANDAR</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>PETROPOLIS</u>	<u>POMBAL</u>	<u>PIS</u>	<u>58.840-000</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>GUANDUQUEIROGA.ADU@HOTMAIL.COM</u>		<u>83-2545-0670</u>	<u>83-98332-0080</u>

POMBAL-PB, 13 de MAIO de 2019
Local e Data

Carlos Evaristo Natália Queiroga
Assinatura do Declarante

DLDRLOC1 V001/2017





Hospital Regional de Pombal Senador "Rui Carneiro"

CNPJ: 08.778.268/0004-03

Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Fone (83) 3431-2149 - Pombal - PB.



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Dr. José Hermínio de Sousa Neto

CRM: 2070 UF: PB Nº: 112.550

Endereço: Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Pombal - PB

Cidade: POMBAL

1ª Via Farmácia
2ª Via Paciente

Dr. José Hermínio de Sousa Neto
CRM-PB - 2070 - PP - 112.550
Assinatura do Médico

Paciente: Meirapimbas de Sousa

Endereço: Rua Cel. João Leite 294 - Centro - Pombal - PB

Prescrição: Ca. tel. xise 570 - B

em 40ml

Data: 07/12/18

Dr. José Hermínio de Sousa Neto
CRM-PB - 2070 - PP - 112.550
Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura de Farmacêutico Data: ____/____/____





Clínica de Fisioterapia e Academia de Musculação

Dr^a Luciene Barbosa Damaceno

CREFITO 1 - 6579-6 F

(83) 3431-2299

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins de direito que, **JOSÉ FERNANDES DE LUCENA**, esteve em tratamento fisioterapêutico para reabilitação dos movimentos do braço direito, nas datas abaixo citadas, totalizando 6 (seis) sessões de fisioterapia.

05 de fevereiro de 2019

06 de fevereiro de 2019

08 de fevereiro de 2019

11 de fevereiro de 2019

13 de fevereiro de 2019

15 de fevereiro de 2019.

Pombal, 13 de maio de 2019

Luciene Barbosa Damaceno
Fisioterapeuta
CREFITO-1 N° 6579-6
CPF 283.502 794-13

Luciene Barbosa Damaceno
Fisioterapeuta





CASA DE SAÚDE BOM JESUS LTDA

SABEM - REC. EM 28 MAI 2019

Nome: Isai Ferrnando de lucena * Residência *

Sexo: masculino Data de Nascimento: 02/02/52

Endereço: R. São Fernando de Mendonça, n.º 40, Bomhol - PB

Fone: 98603-7777 Médico: Dr. Tiago

Convênio: Porticabon Data: 12/12/18

Anamnese: Paciente vítima de acidente automobilístico
em 06/12/18, envolvendo carro do e de propriedade em
percurso direto

Antecedentes Pessoais e Familiares:

Exame Físico:

em exame físico realizado em pronto socorro

Exames Complementares:

Diagnóstico:

fratura do ter. distal do radio. (D)

Tratamento:

RFT

Código Médico - Sistema PD 3521.1514.07.004.0

Nº 12227

Isaias Fernandes
CRM/PB 7834
TEOT 14249

RESOLUÇÃO

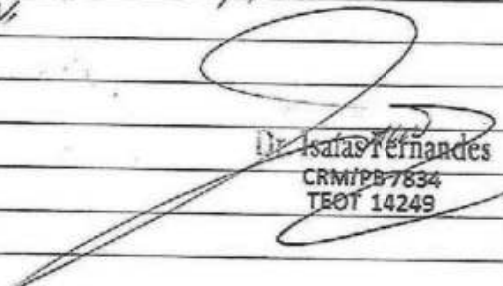




LEITO: 03

FOLHA DE PRESCRIÇÃO

SABEMI - REC. EM 28 MAI 2019

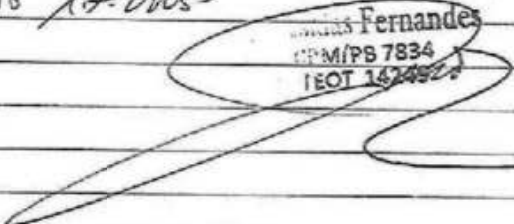
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	OBSERVAÇÕES
12/12/18	1) Dose prescrida 2) Cefalaxina → 0,5g + 0,5g (2x), 6/6h 3) Dipheno → 0,5g + 0,5g (2x), 6/6h 4) talofir 400 → 0,5g + 0,5g (2x) 12/12/18 5) Alta hospitalar às 17:00h 6) CECYTSSN	10 16 22 04 16 22 04 16 04
	 Dr. Isaias Fernandes CRM/PB 7834 TEOT 14249	





EVOLUÇÃO

SABEMI - REC. EN 28 MAI 2019

DATA	HORA	
12/12/18		HD: Fratura do fêmur distal do lado @ Reciente submetido a tratamento cirúrgico, sem intercorrências. cd. (1) A SRPA (2) pós recuperação anestésica, seguir p/ enfermaria (3) ALH após 17:00hs  Fernando Fernandes CRM/PS 7834 IEOT 1424920

... Fernando
 CPM/PS 7834
 EOT 142492



Hospital:

Casa de Saúde Bom Jesus Ltda.

Nome do Paciente:

Sol Fernandes de Lucena

Nº Prontuário:

Data Operação:

Enf.:

Leito:

Cirurgião:

Tiago Fernandes

1º Auxiliar:

Diego Serey

2º Auxiliar:

João Afonso

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesia:

Alber

Tipo de Anestesia:

Sedação + local

Diagnóstico Pré-Operatório:

Fratura do braço distal do rádio D

Tipo de Operação:

RFFI

Diagnóstico Pré-Operatório:

O novo

Relatório Imediato do Patologista:

Novo tumor

Exame Radiológico no ato:

Sim.

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Via de acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

- 1) Reduzir com ORT no posicionamento e bloqueio local
- 2) Aplicar o anti-sepsis criterioso
- 3) Aplicar de curativos estéreis
- 4) Reduzir fechando de fratura e fixar com 03 fios de Kirschner
- 5) Controle radiológico satisfatório
- 6) Fals. Luis Jernack

Dr. Ismael Fernandes
CRM/PR 7834
TEOT 14249

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Modelo Padrão - Curitiba/PR, 2021, 1010 (12x10)



Santa Cecília

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



Paciente: JOSÉ FERNANDES DE LUCENA
Nº do Paciente: PB1973
Data de Nascimento: 02/02/1953
Data do Exame: 21/01/2019
Procedência: Paciente Interno
Sexo: M

RADIOGRAFIAS DIGITAIS DO PUNHO DIREITO

RELATÓRIO:

Material de osteossíntese no rádio e ulna distais representado por fios de Kirschner.

Fratura no rádio distal e do processo estilóide da ulna.

Superfícies articulares íntegras, com espaços conservados.

Partes moles sem alterações detectáveis ao método.

Assinado Eletronicamente por: Dr. Felipe Amaral CRM 45799-MG |
Médico-radiologista RQE 36420-MG CRM ES-1964-55 em Laudo
Radiológico Criado em 21/01/2019 10:29:33 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que não objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/odontista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/odontista para quaisquer esclarecimentos necessários.

Unidade 1: Coronel João Carneiro, 368 / Centro - Pombal - PB Fone: (83) 3431-2020 / 9 99989-0097
Unidade 2: Rua Padre Sandoval Ferrer, s/n / Centro - São Bento - PB Fone: (83) 3444-2946 / 9 9989-0237
Unidade 3: Rua Venâncio Neiva, s/n / Centro - Catalão do Rocha - PB Fone: (83) 3441-3567 / 9 9820-2114



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.264.265 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 22/10/2013

NOME CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA

FILIAÇÃO FRANCISCO BATISTA DE QUEIROGA MARIA ERVANIA DE QUEIROGA

NATURALIDADE POMBAL-PB DATA DE NASCIMENTO 24/04/1979

DOC. ORIGIN. CERT. CAS. Nº 11923 - LIV. B-32 - FLS. 243V - CARTÓRIO POMBAL-PB

CPF 030.623.674-29

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-235

Carlos Evandro Rabelo de Queiroga

ASSINATURA DO DETENTOR

CARTeira DE IDENTIDADE



[illegible]

PB Nº 014202708160 BILHETE DE SEGURO DPVAT

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**

www.seguradoraalider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

SEGUIR OBRIGATORIAMENTE OS PROCEDIMENTOS ABAIXADOS PARA VÁLIDUS AUTOMÓVEIS DE JANTERREBRE OU PORTUAÇÃO, A PESSOAS TRANSPORTADAS EM SEGURO DPVAT

VIA 1 29157900434 CEP / CIDADE 0176032150 FUNDADA/NXRI50 BROS ES DATA / MODULO N°PX3090/PB PLACA

MOTIVEL CATEGORIA 9 9C2KD04209R046556 INSCRIÇÃO

TITULAR PRÊMIO TÁXI/PRÊMIO

CARTEIRA DO BILHETE (P/B) ***** OUTRA(S) ***** CLASSE DO BILHETE (P/B) *****

COTA-ANUAL PAGAMENTO PARCELADO SEGURO PAÇO ANO DATA DE EMISSÃO 03/12/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHAVE DE ACESSO: 000001-B4

ABRIL 2018



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190350084 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FERNANDES DE LUCENA **Data do acidente:** 07/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.6,7) - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190350084 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FERNANDES DE LUCENA **Data do acidente:** 07/12/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.6,7) - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROCURAÇÃO

Outorgante: JOSE FERNANDES DE LUCENA, brasileiro, casado, aposentado, portador da cédula de Identidade de nº. 792.039 - SSP/PB, e inscrito sob o CPF de nº 291.579.004-34, residente e domiciliado João Pereira de Mendonça, s/n, 1º andar, Petrópolis, Pombal – PB.

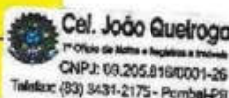
Outorgado: CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA, brasileiro, casado, RG. 2.264.265 SSP/PB, CPF. 030.823.674-29, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 21.101, seccional da Paraíba, com endereço profissional na Rua Miguel Alves da Silva, 606, Petrópolis, Pombal – PB.

Confere poderes: Para o foro em geral, com a cláusula ad judicium – “et extra”, em qualquer juízo, instância ou tribunal, podendo para tanto ajuizar as ações competentes, qualquer instância administrativa ou judicial, inclusive as de falência, e defendê-lo(s) nas contrárias seguindo umas e outras, até decisão final, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, e apresentar documentos referentes ao sinistro, ocorrido no dia 07/12/2018, requerer indenização por invalidez permanente, junto a Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs. É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Pombal – PB 10/05/2019



Jose Fernandes de Lucena



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0180595/19

Vítima: JOSE FERNANDES DE LUCENA

CPF: 291.579.004-34

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 07/12/2018

Titular do CPF: JOSE FERNANDES DE LUCENA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

CARLOS EVANDRO RABELO DE QUEIROGA : 030.823.674-29

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE FERNANDES DE LUCENA : 291.579.004-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/05/2019
Nome: JOSE FERNANDES DE LUCENA
CPF: 291.579.004-34

JOSE FERNANDES DE LUCENA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2019
Nome: JULIANE CAMPOS RODRIGUES
CPF: 026.874.120-40

JULIANE CAMPOS RODRIGUES





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE POMBAL/PB

Processo n.º 08014375820198150301

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 **JOSE FERNANDES DE LUCENA**, 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:

DO LAUDO PERICIAL

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

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

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

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

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

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

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



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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

POMBAL, 22 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

