



Número: **0818246-19.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **16/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO (AUTOR)	FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
SANDRO MANGUEIRA BEZERRA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43122 153	14/05/2021 11:48	<u>Petição</u>	Petição
43122 156	14/05/2021 11:48	<u>2764642_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
43122 159	14/05/2021 11:48	<u>2764642_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/05/2021 11:48:44
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2105141148449300000041017676>
Número do documento: 2105141148449300000041017676

Num. 43122153 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200309899 **Vítima: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO**

Data do Acidente: 05/01/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16080164

Pag. 00951/00952 - carta_01 - INVALIDEZ



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, 11 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200309899 **Vítima: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO**

Data do Acidente: 05/01/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 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: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000005784-3

Conta: 0000014934-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

00030986




Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/05/2021 11:48:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21051411484518100000041017679>
Número do documento: 21051411484518100000041017679

Num. 43122156 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
045.675.554-30 MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO	6 - CPF: 045.675.554-30		
7 - Profissão: AUTONOMA	8 - Endereço: SITIO VELEZ	9 - Número: S/N	10 - Complemento:
11 - Bairro: ZORA RURAL	12 - Cidade: QUEIMADAS	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58475-000
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): (83) 98805-6654	

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: BANCO BRADESCO

AGÊNCIA:

3 CONTA:

9

(Inserir o dígito se existir) (Inserir 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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

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

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiro (herdeiros)? 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
Inserindo
sigla da
última ou
beneficiária
não alfabetizada

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA, 28/08/2020

Maria Jose de Souza Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS_001_V002/2019

TESTEMUNHAS



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00213.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00213.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:43 horas do dia 24 de agosto de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Maria José de Souza Nascimento**, conhecido(a) por Maria José, CPF nº 045.675.554-30, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Autônoma, filho(a) de Cícera de Souza Nascimento e Rosemíro Vieira do Nascimento, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 27/05/1978 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Velez, Nº S/N, complemento CASA, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Parque Beira Rio, na cidade de Queimadas/PB, telefone(s) para contato (83) 98708-8728.

Dados do(s) Fatos:

Local: Via Pública, nº S/N, Estrada Vicinal, Próximo Ao Posto de Saúde de Queimadas, Queimadas/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 05/01/2020 20:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) **Moto**, modelo C100 BIZ ES, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2003/2004, UF: PB, placa MNP-4789, características gerais: Categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Atual: Campina Grande/pb; último Licenciamento: 2012; situação: Em Circulação; vencimento Licenciamento: 30/11/2020.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

ESTAVA PILOTANDO O SEU VEÍCULO NO LOCAL E NA DATA E HORA JÁ DESCritos ANTERIORMENTE ACIMA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DO SEU VEÍCULO E VEIO A DERRAPAR E A CAIR, SOFRENDO DIVERSOS FERIMENTOS GRAVES, SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS HOSPITALARES PERTINENTE AO OCORRIDO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBS: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODE SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DESTE ESTADO.

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.


Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 1573560

Procedimento Policial: 00213.01.2020.1.05.101

1/2





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
045.675.554-30 MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

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

5 - Nome completo: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO	6 - CPF: 045.675.554-30		
7 - Profissão: AUTONOMA	8 - Endereço: SITIO VELEZ	9 - Número: S/N	10 - Complemento:
11 - Bairro: ZORA RURAL	12 - Cidade: QUEIMADAS	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58475-000
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): (83) 98805-6654	

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: BANCO BRADESCO

AGÊNCIA:

3 CONTA:

9

(Inserir o dígito se existir) (Inserir 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI 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

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

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiro (herdeiros)? 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

Inserindo:
sigla do
último ou
beneficiário
não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA, 28/08/2020

Maria Jose de Souza Nascentes

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS_001_V002/2019

TESTEMUNHAS



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05784-3

CONTA: 000000014934-9

Nr. Autenticação

BRADESCO09092020050000000002370578400000014934168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/05/2021 11:48:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21051411484518100000041017679>
Número do documento: 21051411484518100000041017679

Num. 43122156 - Pág. 6

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento para nota fiscal.
Documento para pagamento de contas.
Documento para pagamento de multas e outras cobranças.

Nº 005.378.850



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãos
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 38.338.096/0001-85 - Fone/E-mail: 18.323.2229-1

DETALHES DO CLIENTE

JOSE NEDES DA SILVA VELEZ
SIT VELEZ S/N
QUEIMADAS

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/225997-6

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
DEZ/2019	18/12/2019	52	26/12/2019	R\$ 40,92

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 13/01/2020				
Pagador: JOSE NEDES DA SILVA VELEZ CNPJ/CPF: 911.078.304-00				
SIT VELEZ S/N - AREA RURAL - QUEIMADAS / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
29574500000555822	000225997201912	26/12/2019	R\$ 40,92	08.826.596/0001-85
BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700 Agência / Código do Beneficiário: 3054-3/2057-5				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/05/2021 11:48:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2105141148451810000041017679>
Número do documento: 2105141148451810000041017679

Num. 43122156 - Pág. 7

GOVERNO DA PARAÍBA
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
SECRETARIA DE SAÚDE



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:2077315**CLASS. DE RISCO: AMARELO**

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 00.778.268/0003/57

Av. Mat. Floriano Peixoto, 47000 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58452-809 Data: 05/01/2020

Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: MARIA JOSE DE SOUZA

CEP:58475000

Nascimento:27/05/1978

NASCIMENTO

(Indereço:STIO CAIAZALEIRO

Sexo: F

Telefone:

PACIENTE: MARIA JOSE DE SOUZA

CEP:58475000

Nascimento:27/05/1978

DATA DE QUEIMADAS

Sexo: F

Telefone:

NASCIMENTO

Sexo: F

Telefone:

DATA DE QUEIMADAS

Sexo: F

Telefone:

NASCIMENTO

Sexo: F

Telefone:

ALERGIA:**MEDICAMENTOS:****PATOLOGIAS:****EXAME FÍSICO****PUPILAS****Glasgow****PA****HGT****Sat02****EXAMES SOLICITADOS:****Laboratoriais****Gasometria arterial****Tomografia Computadorizada****Ultrassonografia****Radiofotografia****U**

Data da internação: 05/01/2020 Hora: 21:29:15

SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR						
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES						2 - CNES 2362856			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES						4 - CNES 2362856			
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO						6 - N.º DO PRONTO-ARQUIVO 2077329			
7 - CADASTRO DO SUS 701006645552897			8 - DATA DE NASCIMENTO 27/05/1978	9 - SEXO Masculino	10 - RECONHECIMENTO 83	11 - N.º DO FONE DE TELEFONE			
12 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL CICERA DE SOUZA NASCIMENTO						13 - ENDERECO (RUA, NÚMERO) SITIO CATAZELEIRO , 0 , ZONA RURAL.			
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Queimadas						15 - CÓDIGO 257250	16 - UF PR	17 - CEP 58475000	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO									
18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE SOFREU Queda de moto, dor e deformidade em punho direito									
19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO CIRURGIA									
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS/RESULSETADOS DE EXAMES REALIZADOS EXAME FÍSICO E RADIGRÁFICO									
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA BARTON VOLAR D			22 - CID 10 PRINCIPAL	23 - CID 10 SECUNDÁRIO	24 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
PROCEDIMENTO SOLICITADO									
25 - DESCRITIVO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO						26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
27 - CLÍNICA INSCRIÇÃO			28 - CÓDIGO DA CLÍNICA (X) CNES	29 - N.º DOCUMENTO (CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 706509310860293					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JULIO CESAR RIBEIRO DE CA			31 - DATA DA 05/01/2020	32 - ASSINATURA E CARIMBO DO BLOCO REGISTRO DO CONSELHO					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)									
33 - C - ACIDENTE DE TRÂNSITO			36 - CNPJ DA SEGURADORA			37 - N.º DO BLOCO DE 38 - SÉRIE			
34 - C - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO									
35 - C - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			39 - CNPJ DA EMPRESA			40 - CNPJ DA EMPRESA			
42 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA 1 - EMPREGADO 2 - EMPREGADOR			43 - AUTOMÓVEL			44 - DESINPREGADO	45 - EXPONENTE	46 - NÃO SEGURO	
AUTORIZAÇÃO									
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			48 - CID, OBRAÇÃO ENHACER			49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
50 - DOCUMENTO 1 - CNP 1									
51 - DATA DA 05/01/2020			52 - ASSINATURA E CARIMBO DO BLOCO REGISTRO DO CONSELHO						
/ /									



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

Data da Internação: 05/01/2020 Data da Alta: 09/01/2020

Registro: 2077329

Tempo de Permanência: -18267

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Diagnóstico Final: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Principais Exames: EXAME CLÍNICO + RADIOLOGICO

Cirurgia: OSTEOSINTESE Data: 08/01/2020

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos: SINTOMÁTICOS

Infecção F.O: NAO

Coleta de Material: NAO

Resumo Clínico (História, Evolução, Terapêutica e Complicações): - PRESCREVO AINE + ANALGÉSICO + CIPROFLOXACINO. - ENCAMINHO À FISIOTERAPIA. - ENCAMINHO AO AMBULATÓRIO DE EGRESSOS PARA RETORNO. - FORNEÇO ATESTADO MÉDICO. - ORIENTAÇÕES. - ALTA HOSPITALAR.

Condições de Alta: Melhorado

Dra. Ana Maria da S. Anselmo
 M.R. Ortopedia - Traumatologia
 CRM-PB 7825

Data: 09/01/2020

Assinatura/Carimbo
 Ana Maria Da Silva Anselmo

RESPONSÁVEL: Ana Maria Da Silva Anselmo



| ପରିମା ପାତା |
|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| ୦୩.୮୦ | ୧୫.୮୦ | ୦୮୦ - ୮୦ | ୧୦ | ୨୦ | ୨୦ |

... 10

(MT)



Número do Prontuário: 176543

DATA DA CIRURGIA: 08/01/2020

Número do Atendimento: 2077329 Clin: ORTOPEDIA 1 / Enf: 3 / Lei: 3

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

Data da Internação: 05/01/2020

Atendimento: 2077329

Diagnóstico Pré-Operatório: FX BARTON VOLAR D

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: RAFI Data da Cirurgia: 08/01/2020

Equipe:

Cirurgião: BRUNO BEZERRA BRILHANTE

Aux 1: EVERLAN DA SILVA MEIRA

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: FLAVIO

Anestesista: ISABELE

Tipo de anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO

Descrição da Operação: 1. PACIENTE EM DDH, SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA+ANTISSEPSIA E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3. INCISÃO EM FACE VOLAR DE PUNHO D+DISSECÇÃO POR PLANOS +HEMOSTASIA
4. REDUÇÃO CRUENTA DE FX+OSTEOSSÍNTSE COM PLACA VOLAR 3.5 3X5, +3
PARAFUSOS CORTICIAIS, SOB ESCOPIA
5. LAVADO DE FO COM SF
6. SUTURA POR PLANOS
7. CURATIVO
8. TIRPA

Data 08/01/2020

Assinatura/Carimbo
Everlán Da Silva Meira



PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

Hospital de Olinda

CIDADE

TEL/FAX/E-MAIL

NOME DO PACIENTE

Marin Jose de Souza Machado

Nº DO PRONTUÁRIO

Nº AL.H

COD. PROCEDIMENTO

CONVÉNIO

3037329

PROCEDIMENTO REALIZADO

TRAT. COM. DE TAT. DE MAM. 100% PUR

PRODUTO	REF.	QUANT.	COD. ROMP.
---------	------	--------	------------

Placa em T 3,5 x 35 x 5

01

Placa est. 3,5 x 15

04

DATA DA UTILIZAÇÃO

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

04/05/2021

DR. EVERLAN MEIRA +

OBSERVAÇÕES

DR. EVERLAN

Dr. Everlan Meira
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGISTA
CRM-PB 9900

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Mr. PEC

Impressora: Ricoh - P: 001.00001.0000







Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
045.675.554-30

Nome
MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

Nascido em
27/05/1978



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/05/2021 11:48:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21051411484518100000041017679>
Número do documento: 21051411484518100000041017679

Num. 43122156 - Pág. 19

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200309899 **Cidade:** Queimadas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSE DE SOUZA **Data do acidente:** 05/01/2020 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A
NASCIMENTO

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE- PAG 9) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO 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



0/08/2020

 DETRAN-PB Departamento Estadual
de Transportes da Paraíba

DEMONSTRATIVO DOS PAGAMENTOS

Usuário

Nome: GIRLENE QUEIROGA DE ALMEIDA SOUZA		CPF/CNPJ 79763170460	Nosso Número 0		
Placa MNP4789	Chassi 9C2HA07104R017322	Código Renavam 818415391	Data Vencimento 31/08/2020	Data Emissão 20/08/2020 16:39:07	Valor Documento 2.581,10
Discriminação dos Débitos:					
LICENCIAMENTO 2016			155,34	DETTRAN	2164085 574,61
BOMBEIRO 2016			23,30	DETTRAN	2164096 191,54
LIC.ATRAS.LEI 7.656			90,09	DETTRAN	2308647 53,20
LICENCIAMENTO 2017			155,34	DETTRAN	2308658 191,54
BOMBEIRO 2017			23,30	DETTRAN	2308427 574,62
LICENCIAMENTO 2018			155,34		
BOMBEIRO 2018			23,30		
LICENCIAMENTO 2019			155,34		
BOMBEIRO 2019			23,30		
LICENCIAMENTO 2020			155,34		
BOMBEIRO 2020			23,30		
SEG.OBRIGATORIO 2020			12,30		
Na Estrada da vida, não de carona para a dengue nem para a zika.					
20/08/2020 16:39:07					



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/05/2021 11:48:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2105141148451810000041017679>
Número do documento: 2105141148451810000041017679

Num. 43122156 - Pág. 22

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243407/20

Vítima: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

CPF: 045.675.554-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/01/2020

Titular do CPF: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO : 045.675.554-30

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/08/2020
Nome: MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO
CPF: 045.675.554-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

MARIA JOSE DE SOUZA NASCIMENTO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/05/2021 11:48:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21051411484518100000041017679>
Número do documento: 21051411484518100000041017679

Num. 43122156 - Pág. 23



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.º 08182461920208150001

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

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 12 de maio de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/05/2021 11:48:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2105141148455170000041017682>
Número do documento: 2105141148455170000041017682

Num. 43122159 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/05/2021 11:48:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21051411484551700000041017682>
Número do documento: 21051411484551700000041017682

Num. 43122159 - Pág. 2