



Número: **0824502-75.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **22/10/2020**

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
JOZI XAVIER DA SILVA (AUTOR)	FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
42313 286	27/04/2021 10:10	Petição	Petição
42313 287	27/04/2021 10:10	2768217_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02	Outros Documentos
42313 289	27/04/2021 10:10	2768217_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:10:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710100959800000040263621>
Número do documento: 21042710100959800000040263621

Num. 42313286 - 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: 3200309835 Vítima: JOZI XAVIER DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a). JOZI XAVIER DA SILVA

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 16080292



Pag 00881/00888 - Carta 01 - INYAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:10:10
<http://pjeb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2104271010098870000040263622>
Número do documento: 2104271010098870000040263622

Núm. 42313287 - 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, 11 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200309835 Vítima: JOZI XAVIER DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOZI XAVIER DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 001 19/00120 - carta 25 - INVALIDEZ

00030060



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:10:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710100988700000040263622>
Número do documento: 21042710100988700000040263622

Núm. 42313287 - Pág. 2



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

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200309835 Vítima: JOZI XAVIER DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOZI XAVIER DA SILVA

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 tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JOZI XAVIER DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000038787444-7

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-DRVAT

Estamos aqui para Você



DADOS CADASTRAIS		Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE	
NIF do sinistro ou ASL:		CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
		049.430.304-48	JOZI XAVIER DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:		JOZI XAVIER DA SILVA	CPF: 049.430.304-48
Profissão:	RECUSO	Endereço:	RUA SEVERINO MATIAS ALMEIDA
Bairro:	CENTRO	Cidade:	BARRA DE SANTA ROSA
E-mail:		Estado:	PB
		CEP:	58170-000
		Tel.(DDD):	(83) 98805-6654
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
RENDIMENTO:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00
		<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA:	1026	CONTA:	15115
(Inserir o dígito se existir)		(Inserir o dígito se existir)	
AGÊNCIA:	_____	CONTA:	_____
(Inserir o dígito se existir)		(Inserir o dígito se existir)	
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sumamente 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):			
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou			
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou			
<input type="checkbox"/> 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, sólito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito; conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Vivo Data do óbito da vítima: _____			
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____			
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nasciturn (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer ônus 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.			
Local e Data: 1005 Pernaz, 20/08/20 Nome: _____ CPF: _____		TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____	
(* Assinatura de quem assina o RODO X JOZI XAVIER DA SILVA Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____	
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 RODO, 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.





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:10:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710100988700000040263622>
Número do documento: 21042710100988700000040263622

Num. 42313287 - Pág. 5

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00056.01.2020.1.02.008

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00056.01.2020.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:50 horas do dia 19 de abril de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Geraldo Batinga da Silva, matrícula 1332775, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu Jozi Xavier da Silva, conhecido(a) por Jozi, RG nº 2580557 SEDS./PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria da Guia Xavier da Silva e Josimar Damásio da Silva, natural de Barra de Santa Rosa/PB, nascido(a) em 10/11/1983 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Severino Matias Almeida, Nº 05, complemento casa, bairro Centro, tendo como ponto de referência Em Frente a Escola 1º Passo., na cidade de Barra de Santa Rosa/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Severino Matias Almeida, nº 05, Casa, Em Frente a Escola 1º Passo., Barra de Santa Rosa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/05/19 18:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129, § 6º do CPB (Lesão corporal culposa).

Local: Rua Severino Matias Almeida, nº 05, Casa, Em Frente a Escola 1º Passo., Barra de Santa Rosa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/05/19 18:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129, § 6º do CPB (Lesão corporal culposa).

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 150 Titan MIX, marca Honda, tipo de veículo motocicleta, cor cinza, ano 2010, UF: PB, placa NPZ-6015, chassi 9C2KC1610AH042545, renavam 00212343513, características gerais: Cadastrado Em Nome de João Manoel de Sousa

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que, o Notificante pegou uma carona na motocicleta já discriminada, do Sítio Pocinhos, distrito de Cuité-PB até sua residência e quando seguia pela BR 101 nesse sentido, foi surpreendido com uma outra motocicleta que surpreendentemente, saiu de uma estrada de chão, trancando-o bruscamente, consequentemente, arremessou o notificante ao solo que em decorrência da colisão, feriu-se gravemente, sendo na oportunidade, sido socorrido para o Hospital de Traumas na cidade de Campina Grande-PB, Dom Luiz Gonzaga Fernandes, conforme Laudo Médico apresentado.

ADENDO(S):

Que na data 25/08/2020, às(s) 16:55 horas, na 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Geraldo Batinga da Silva, matrícula 1332775, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: Moto CG 150 Titan, identificada pela placa NPZ-6016, conforme documentação apresentada. Adendo registrado por: Everaldo Maruna da Costa, Escrivão de Polícia Civil, matrícula: 765015.

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.

Procedimento Policial: 00056.01.2020.1.02.008

1/2

2º Delegacia Seccional de João Pessoa
8º Delegacia Distrital da Capital



TJ-PB
P A R A I B A

SECRETARIA DE ESTADO DE
Segurança e da Defesa Social

Ronaldo
EVERALDO MARTINS DA COSTA
Escrivão de Polícia Civil

João Pessoa/PB, 25 de agosto de 2020.

JOZI XAVIER DA SILVA
JOZI XAVIER DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 00058.01.2020.1.02.008

2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:10:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710100988700000040263622>
Número do documento: 21042710100988700000040263622

Num. 42313287 - Pág. 7



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: 049.430.804-48 4 - Nome completo da vítima: JOZI XAVIER DA SILVA

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

5 - Nome completo: JOZI XAVIER DA SILVA	6 - CPF: 049.430.804-48		
7 - Profissão: RECUSO	8 - Endereço: RUA SEVERINO MATIAS ALMEIDA	9 - Número: 05	10 - Complemento:
11 - Bairro: CENTRO	12 - Cidade: RUA SEVERINO MATIAS ALMEIDA	13 - Estado: PB	14 - CEP: 58170-000
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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: NU PAGAMENTOS SA

AGÊNCIA: CONTA: 7
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

28 - Vítima Sim Não teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varascer)? 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 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado.	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA, 15/09/2020

Jozi Xavier da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001.V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



DADOS CADASTRAIS		Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE	
NIF do sinistro ou ASL:		CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
		049.430.304-48	JOZI XAVIER DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012			
Nome completo:		JOZI XAVIER DA SILVA	CPF: 049.430.304-48
Profissão:	RECUSO	Endereço:	RUA SEVERINO MATIAS ALMEIDA
Bairro:	CENTRO	Cidade:	BARRA DE SANTA ROSA
E-mail:	Estado: PB CEP: 58170-000 Tel.(DDD): (83) 98805-6654		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
RENDIMENTO MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00
		<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA:	1026	CONTA:	15115
(Informar o dígito se excluir)		(Informar o dígito se excluir)	
AGÊNCIA:	_____	CONTA:	_____
(Informar o dígito se excluir)		(Informar o dígito se excluir)	
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e sumamente 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):			
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou			
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou			
<input type="checkbox"/> 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, sólito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito; conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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 <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Vivo	
Data do óbito da vítima:			
Grau de Parentesco com a vítima:		Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____
Vítima deixou pais/avós vivos?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou nasciturno (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer ônus 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.			
Local e Data: 1005 Pernaz, 20/08/20		TESTEMUNHAS	
Nome: _____		1º Nome: _____	
CPF: _____		CPF: _____	
		Assinatura	
(*) Assinatura de quem assina o RODO		2º Nome: _____	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		CPF: _____	
		Assinatura	
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 RODO, 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.





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:10:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710100988700000040263622>
Número do documento: 21042710100988700000040263622

Num. 42313287 - Pág. 10

CLIQUE NO DOCUMENTO
JOSIMAR DAMASIO DA SILVA
RUA SEVERINO MATIAS ALMEIDA 05
BARRA DE SANTA ROSA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/503955-7

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSULTO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

FEV/2020

21/02/2020

125

03/03/2020

R\$ 106,28

www.conselhoconsumidor.gov.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 04/03/2020

Pagador: JOSIMAR DAMASIO DA SILVA CNPJ/CPF: 368.209.464-49

RUA SEVERINO MATIAS ALMEIDA 05 - CENTRO - BARRA DE SANTA ROSA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120012477844	000503955202002	03/03/2020	R\$ 106,28	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:10:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710100988700000040263622>
Número do documento: 21042710100988700000040263622

Num. 42313287 - Pág. 11

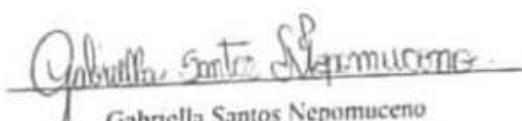


SECRETARIA DE SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito, que a Enfermeira Mariane Lorena prestou atendimento pré-hospitalar a paciente **JOZI XAVIER DA SILVA** portador de Identidade nº 2.580.557 SSP/PB e CPF:049.430.804-48 vítima de acidente de moto no dia 25/05/2019 , aproximadamente às 17:h00min, sendo a mesma, pós-avaliada e regulada para o Hospital de Trauma de Campina Grande.

Barra de Santa Rosa, 17 de Agosto de 2020.



Gabriella Santos Nepomuceno
(Secretaria Municipal de Saúde)

Gabriella Santos Nepomuceno
Secretaria Municipal de Saúde
Barra de Santa Rosa

Digitalizado com CamScanner



do paciente ou responsável quando necessário

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

HALDI (EMERGÊNCIA E TRAUMA) RUA 1111/4452 AGUA FRIA, ANAMBI - NPE: 08778-368-0038-52

2. Fluminense Pequeno, 4700 - Manguinhos, Cariacica (ES) - Fone: (31) 3844-2300

24/05/2019

Nº: JOZI NAVIER DA SILVA Idade: 025 N° AFEND: 1005427

ENTE DE TRABALHO: SÃO

PA: 25/05/2019 HORA: 19:48:29

ASSISTENTE DE TRABALHO:

VALIDADE: ORTOPEDIA

TVO:

CLASSIFICAÇÃO DO MOTIVO:

AS VITIAS:

SXT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

BETES ISOM(X) NÃO HASI ISOM(X) NÃO

MOTORA SIM(X) NÃO

REGAS: NEGA

REC AÇÃO EM USO:

ADQ GERAL: BOM

LIAÇÃO NEUROLOGICA

ONVULSAO () INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO
ESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

TÓMAS REFERIDOS

ERRE () VÓMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
URRIDO () DESSESA (X) DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL

NAFLAXIA () FLEHTE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISIONAIS

PIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () IBSILOS () TOsse

Escala de dor de 0 a 10



CALA DE DOR: DOR MODERADA

ASSINATURA DE RISCO:
TAREDO

UNIVERSIDADES SIALES: 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

HORA PA TEMP FC FR DIURESE ASSINATURA DO



VO / CIB:
ZUNDÅRÖ / PARÉCER NÉMICO

Nº
PRESCRIÇÕES E CONDUTAS
HORÁRIO REALIZADO

ASSINATURA E CARMÍDO DO MÉDICO

DO PACIENTE _____ / _____ / _____ Ano _____ : _____ hora _____
Tratamento _____
do setor) _____
Infermário a outro SETOR ou HOSPITAL _____
(A lista hospitalar)

SERVIÇOS REALIZADOS:



as cordeira - 1900
de Wagner Luis Engen de Paula
Cp. pg 822

Descrição da Operação:	Acidente Durante Operação:NÃO.
Exame Radiológico no Atº:SIM.	Relatório Imediato do Patologista:
Type de anestesia:RAGUIANESTESA	Instrumentador:ANDRÉ
Anestesista:HUMBERTO DE ALMEIDA FILHO	Aux 3:
Chirurgião:AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR	Aux 2:EULÉR FABRICIO ALVES CRUZ
Aux 1:YVRY DE PAIVA CAMARA	Aux 4:
Equipe:	
Assinatura/Carmo	
Euler Fábio Alves Cruz	
Data 31/05/2019	

Data da Intervenção: 25/05/2019	Atendimento: 1905461	Diagnóstico Pre-Operatório: <i>Ex. Tp. D</i>	Diagnóstico Pos-Operatório: <i>O mangu</i>	Cirurgia: OSTEOSSINTSE	Data da Cirurgia: 31/05/2019
---------------------------------	----------------------	--	--	------------------------	------------------------------

Nome do Paciente: JOZI XAVIER DA SILVA
DESCRICAÇÃO CIRURGICA

www.nrc.gov



NOVAE ELETRONICA PROJETO ARIES Centro
Av. MFL 515 Bloco A TQD - Módulo 100 Complexo Central - PB
CEP 58051-000 - João Pessoa-PB - Fone/Fax: (83) 3219-2319

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:10:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710100988700000040263622>
Número do documento: 21042710100988700000040263622

Num. 42313287 - Pág. 16



本章的最后部分将简要地讨论一下如何评价一个模型。

Hospital de
Emergência e Trauma São
Lucas/Grenzjahr Feuerwehr

PACIENTE: <i>José Xavier da Silveira</i> - n.º 100-1-1953				
QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO
CIRURGIA	<i>do Cervicofacial</i>	<i>do Trânsito N.º 1</i>	<i>36 anos</i>	<i>200872</i>
ANESTESIA				

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qty.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	Catet. p/ Oxi.		Catgut cromado Sérif.	
	Atropina amp.	Catet. De Urinár Sist. Fech.		Catgut cromado Sérif.	
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sérif.	
	Dimore amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples	
	Dolardina amp.	Cotonete		Catgut Simples Sérif.	
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sérif.	
	Fenogam amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sérif.	
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso	
	Iova ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond	
	Ketalar ml	Ecupo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina 0,5% ml	Ecupo de Macrogotas		Ethibond	
	Nubatin amp.	Ecupo de Sangue		Fio de Algodão Sérif.	
	Pavulon amp.	Ecupo de PVC		Fio de Algodão Sérif.	
	Protigmine amp.	Espanadrapo Lance cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca	
	Rapafen amp.	H.O. ml		Mononylon	
	Trichrometa m	Intracath Aduto		Mononylon	
	Trachum amp.	Intracath Infant.		Prolene Sérif	
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sérif	
	Água Destilada amp.	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sérif	
	Decadron amp.	Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sérif	
	Depiroca amp.	Luvda 7,0		Vicryl Sérif	
	Fluorid. amp.	Luvda 7,5		Vicryl Sérif	
	Fletocortis amp.	Luvda 5,0		Vicryl Sérif	
	Geramicina amp.	Luvda 5,5		Vicryl Sérif	
	Glicose amp.	Oxigênio 1m			
	Glucos de Calço amp.	Polifix			
	Haemacel ml	PVPI Desgerante ml			
	Heparema ml	PVPI Tópico ml.	Qty.	SOROS	
	Kanakion amp.	Sabão Antiséptico		SG Normotérmico fr 500 ml	
	Lasix amp	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol.	Sennha desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Pasi amp.	Sennha desc. 20 ml		SG Ring fr 500 ml	
	Propanina	Sennha desc. 05 ml		SG fr 500 ml	
	Revivan amp.	Sonda			
	Stupitanon amp.	Sonda Foley	Qty.	ORTESE E PROTESE	
	Cetobitrix 1g	Sonda Nasogástrica			
		Sonda Uretral n°			
		Saryurem ml			
		Tomentina			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaseline ml			
	Aguinha desc. 25 x 7	Gecon 16			
	Aguinha desc. 28x25	Uteks			
	Aguinha desc. 3 x 4,5				
	Aguinha p/ rague n° 25				
	Alcool de Enfermagem				
	Alcool Iodado ml				
	Ataduras de Crepon				
	Ataduras de Gessada				
	Azul metilenc. amo.				
				EQUIPAMENTOS	
				Oxímetro de Pulso	
				• Foco Auxiliar	
				• Eletrocautério	
				• Desfibrilador	
				• Oxígeodrônio	
				• Foco Externa	
				• Cardiomonitor	
				• Fonte de Luz	
				• Perfurador Elétrico	

EQUIPAMENTOS

- Oxímetro de Pulso
 - Sonda
 - Desfibrilador
 - Foco Externo
 - Fonte de Luz
 - Foco Auxiliar
 - Eletrocautério
 - Dicapsógrafo
 - Cardiotônitor
 - Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

GRADUATE RECORD

1120 597



Ortopedia - Neurologia - Buco		Phone: (01) 2421-4200 www.tjpb.jus.br		
PEDIDO DE FATURAMENTO				
NOME DO HOSPITAL				
Hospital de Teresina				
CIDADE		TEL / FAX / E-MAIL		
CAMPINA GRANDE				
NOME DO PACIENTE		José XAVIER DA SILVA		
Nº DO FRONTUÁRIO	Nº AI/H	CÓD. PROCEDIMENTO	CONVÉNIO	
190 5461				
PROCEDIMENTO REALIZADO				
TEST CAVO ORAL FEST. 16 TRAVERSAS DIREITO		REF.	QUANT.	COD. ROMP.
PLACA TUBULAR 3,5 DE 16			01	
LARF COOTICUS 3,5 X 16			02	
.. .. 3,5 X 14			03	
PAREN. CORTANTE R/ 40 X 40			02	
NRC CLA 3,5			05	
DATA DA UTILIZAÇÃO		DATA DA COMUNICAÇÃO		MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM
31/05/2021				DR. ANTONIO DE SOUZA JUNIOR - CRM-PB-3926
OBSERVAÇÕES				
DR. SUELIO MOREIRA TORRES + DR. ANTONIO DE SOUZA JUNIOR				
CAIXA 3,5 P. FAVORENTOS N.º 159				
ASSINATURA E CARAMBO DO RESPONSÁVEL				
 Dr. Wagner Luiz Egito da Motta IR ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA CRM - PB 5926				
 ANTONIO DE SOUZA JUNIOR				

Entregue na Pauta - F: (01) 2421-4200





NASCIMENTO		TERRITÓRIO FEDERATIVO DO BRASIL	
2.580.557 - 2 VIA		DATA DE EXPEDIÇÃO 18/08/2011	
JOZI XAVIER DA SILVA		DATA DE NASCIMENTO	
F. J. P. L.		10/11/1983	
JOSIMAR DAMÁSIO DA SILVA		NATURALIDADE	
MARIA DA GUIA XAVIER DA SILVA		BARRA DE SANTA ROSA-PB	
DOC. ORIGEM		NASC.N. 9257 FLS. 239VS LIV.A9 CARTORIO BARRA DE STº ROSA-PB 049.430.804-48	
		ASSINATURA DO DIRETOR	
		LEI N° 7.116 DE 29/08/89	

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS

VIA 1	COD. REHAVAM 00212342513	RNFRC. *****	EXERCÍCIO 2015	
NOME JOÃO MANOEL DE SOUZA				
CPF / CNPJ 207.386.414-72		PLACA NPZ6A15		
PLACA ANT. UF NPZ 6015/PB	CHASSI 9C3KC1610AB042545			
ESPECIE TIPO PASSEIO / MOTOCICLETA / NAO APLICAVEL		COMBUSTIVEL ALCOOL-GASOLINA		
MARCA / MODELO HONDA/CG150 TITAN MEX RS		ANO FAB 2010	ANO MOD 2010	
CAF / FOT / CR OCV/149 CILINDRADAS		CATEGORIA PARTICULAR	GDI PREDOMINANTE CENIZA	
I P V A	COTA ÚNICA R\$ 0.00 FAIXA IPVA 002849 3X	VENC. COTA ÚNICA 04/06/2019 PARCELAMENTO / COTAS R\$ ****44	VENC. / COTAS 1º PAGO 2º PAGO 3º PAGO	
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) *** TAXAS DETRAN: PAGO ***		IOF (R\$) 0.00	PRÉMIO TOTAL (R\$) 0PVAT	DATA DE PAGAMENTO PAGO
OBSERVAÇÕES MOTOR: KC16E1A042545				
			DATA 04/06/2019	
SANTA CRUZ/RN Centro Eletrônico de São Paulo Conselho Nacional de Registro de Veículos DETAN-RN				



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200309835 **Cidade:** Barra de Santa Rosa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOZI XAVIER DA SILVA **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE PG. 5.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO EM GRAU MÉDIO.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:10:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710100988700000040263622>
Número do documento: 21042710100988700000040263622

Num. 42313287 - Pág. 22

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243346/20

Vítima: JOZI XAVIER DA SILVA

CPF: 049.430.804-48

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOZI XAVIER DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOZI XAVIER DA SILVA : 049.430.804-48

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: JOZI XAVIER DA SILVA
CPF: 049.430.804-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOZI XAVIER DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:10:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710100988700000040263622>
Número do documento: 21042710100988700000040263622

Num. 42313287 - Pág. 23



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.º 08245027520208150001

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 **JOZI XAVIER DA SILVA**, em trâmite perante este Duto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/04/2021 10:10:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710101037400000040263624>
Número do documento: 21042710101037400000040263624

Num. 42313289 - Pág. 1

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,

CAMPINA GRANDE, 22 de abril 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 - 27/04/2021 10:10:10
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042710101037400000040263624>
Número do documento: 21042710101037400000040263624

Num. 42313289 - Pág. 2