



16/07/2021

Número: **0807678-49.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **07/10/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE (AUTOR)		IRINA NUNES CABRAL DE PAULO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45865725	16/07/2021 15:22	<a href="#">Petição</a>	Petição
45865726	16/07/2021 15:22	<a href="#">2771262_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
45865727	16/07/2021 15:22	<a href="#">2771262_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 23 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200223044

Vítima: IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE

Data do Acidente: 29/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE

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 15881340

Pag. 00587/00588 - carta\_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200223044

Vítima: IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE

Data do Acidente: 29/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. A documentação médica anexada, datada de 29/01/2020, emitida pelo Dr. GLENDER T. G. G. DA TRINDADE, CRM nº 3920 - PB, da Instituição UPA, evidencia recuperação completa após o dano pessoal sofrido no acidente de trânsito e não foi comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01635/01636 - carta\_31 - INVALIDEZ

00050818



Carta nº 15902561





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 108.769.654-27 Nome completo da vítima: Janka Emuly Mixanda de Andrade

REGISTRO DE INFORMAÇÃO E CADASTRO DE VÍTIMA E BENEFICIÁRIO (CIRCULAR SUSP Nº 445/2012)

Nome completo: Janka Emuly Mixanda de Andrade CPF: 108.769.654-27  
Profissão: Recusou-se Endereço: Avenida dos Bordinxentos Número: 244 Complemento: Apto 301  
Bairro: Tomba Cidade: Jaboatão Estado: PB CEP: 56020-660  
E-mail: cc.f.ados@gmail.com Tel. (DDD): 83-9849.5530

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

RECEITA 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 PARA INDENIZAÇÃO (ASSINAR EM UMA DAS CONTAS)  
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 0041 CONTA: 477240 (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 (no CNM) ☐ 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 (vai 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_ Local e Data: Jaboatão - PB, 22/06/2020  
Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Janka Emuly Mixanda de Andrade

Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver): Adilson Luiz de Queiroz

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE Ocorrência**  
**Nº 035952.01.2020.0.00.704**

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 035952.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil João Paulo B. de Azevedo, matrícula 1549324 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 17:52 min do dia 18/06/2020, na Delegacia Online, **IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão DOMÉSTICA, nascido(a) em 21/05/1996, idade 24, estado civil Solteiro (a), de cor Branca, filho(a) de ROSELIA MIRANDA SILVEIRA DE ANDRADE e JOSIEL SOARES DE ANDRADE, CPF 108.769.654-27, residente e domiciliado(a) no(a) AVENIDA DOS BANDEIRANTES, nº 214, bairro TAMBIA, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58020860, telefone(s) 83988495530, registrou o seguinte:

**Dados do(s) Fato(s):**

Data/Hora do fato: 21/05/2020 14:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Via Aberta; Local do Fato: EM FRENTE AO CONDOMÍNIO RESIDENCIAL REIS MAGOS, NAS PROXIMIDADES DO PARQUE PARAHYBA, JARDIM OCEANIA, João Pessoa/PB.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE AFIRMA QUE NO DIA 29/01/2020 POR VOLTA DAS 14:30H QUANDO TRAFEGAVA A PÉ, EM FRENTE AO CONDOMÍNIO RESIDENCIAL REIS MAGOS, NAS PROXIMIDADES DO PARQUE PARAHYBA, NO BAIRRO JARDIM OCEANIA NA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, AO TENTAR ATRAVESSAR A RUA FOI ATROPELADA POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA QUE SE EVADIU DO LOCAL E, EM DECORRÊNCIA DE TAL FATO, FOI LANÇADA AO SOLO DESACORDADA, TENDO SIDO SOCORRIDA E ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE TEVE OS SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 15:27H E SIDO DIAGNOSTICADA COM DIVERSAS LESÕES.

*Ianka Emily Miranda de Andrade*

**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).



Sendo o que havia a constar, cientificado 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.

*Ianka Emilly Miranda de Jesus*  
IANKA EMMILY MIRANDA DE

39F14D33536238D4574D235FC6DB8880

Código de Controle



**ATENÇÃO:** Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. [www.delegaciaonline.pb.gov.br](http://www.delegaciaonline.pb.gov.br). Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: [delegaciaonline@seds.pb.gov.br](mailto:delegaciaonline@seds.pb.gov.br).







## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 108.769.654-27 Nome completo da vítima: Janka Emuly Mixanda de Andrade

REGISTRO DE INFORMAÇÃO E CADASTRO DE RENDAS MENSAL DA PESSOA FÍSICA VITIMA / BENEFICIÁRIO (CIRCULAR SUSP Nº 445/2012)

Nome completo: Janka Emuly Mixanda de Andrade CPF: 108.769.654-27

Profissão: Recusou-se Endereço: Avenida dos Bordinxentos Número: 244 Complemento: Apto 301

Bairro: Tomba Cidade: Jaboatão Estado: PB CEP: 56020-660

E-mail: cc.f.ados@gmail.com Tel.(DDD): 83-98649.5530

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

RENDAS MENSAL: ☒ RECURSU-DE ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Openbank: 033 Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: 0041 CONTA: 477240

(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 (no CNM) ☐ 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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: Falecidos:

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Jaboatão - PB, 22/06/2020

Nome: CPF:

Assinatura

2ª | Nome: CPF:

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura do representante legal

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.





# BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 045.662.393

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Rr 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.833-0

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
NEILIANE NEVES DE OLIVEIRA AV DOS BANDEIRANTES 214 AP 301 JOÃO PESSOA		5/1189509-1		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUN/2020	10/06/2020	33	16/07/2020	R\$ 26,34

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

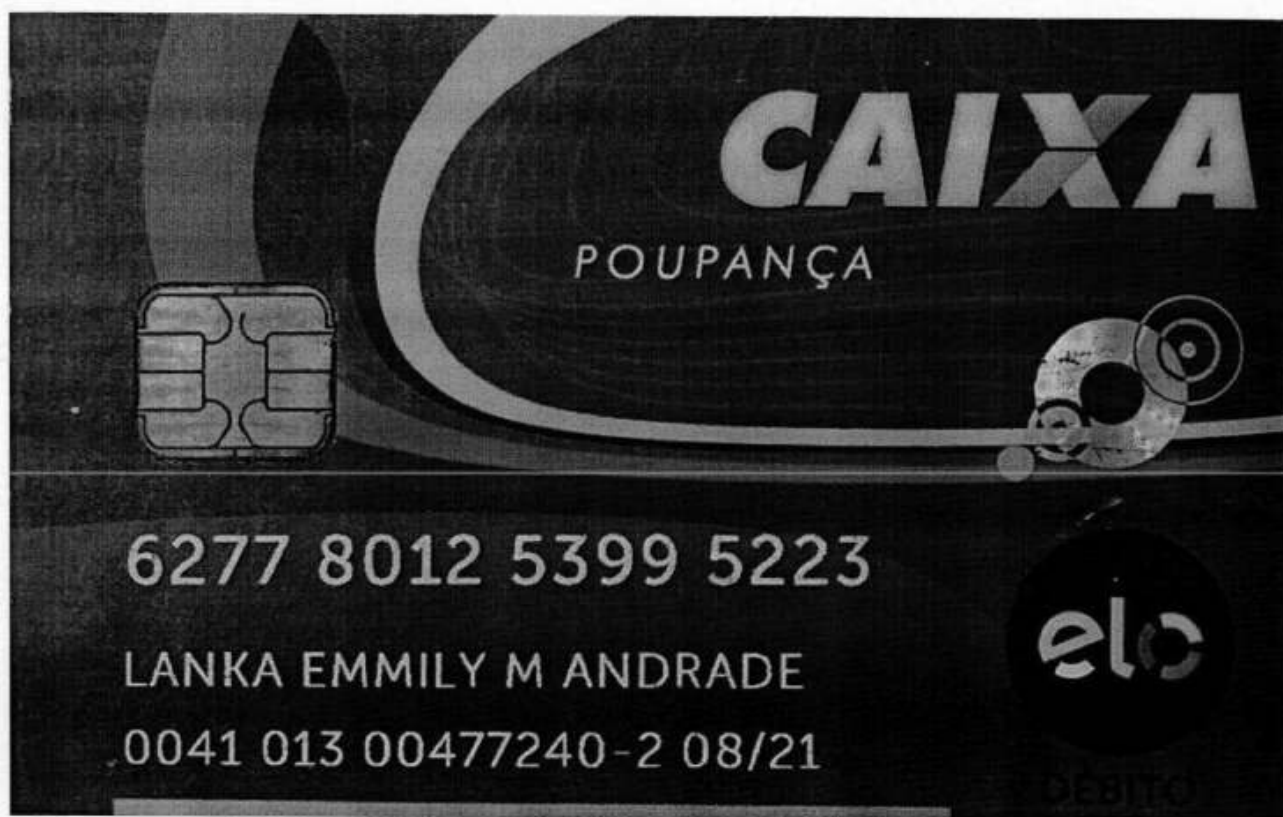
BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03160.244006 10002.706173 1 83180000002634				
Pagador: NEILIANE NEVES DE OLIVEIRA CNPJ/CPF: 461.907.244-34				
AV DOS BANDEIRANTES 214 AP 301 - TAMBIA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440010002706	001189509202006	16/07/2020	R\$ 26,34	
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 - 16/07/2021 15:22:39

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071615223880800000043582024>

Número do documento: 21071615223880800000043582024



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF**<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> 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 Adilson Luiz de Oliveira Bastião inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Santa Emília Muxumbi de Andrade inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.769.654 / 27, do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Santa Emília Muxumbi de Andrade, inscrito (a) no CPF sob o Nº 108.769.654 / 27, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ 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	<u>Avenida Lacerda</u>		Número	<u>172</u>	Complemento
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>Jacó Pereira</u>	Estado	<u>PB</u>
Email	<u>adilsonb@netmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	<u>83-3506-1910</u>	
			Telefone celular (DDD)	<u>83-98849-5530</u>	

Jacó Pereira 22 de Junho de 2020  
Local e Data

Adilson Luiz de Oliveira Bastião  
Assinatura do Declarante

DLRL001 V001/2017





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena



*Sejam todos*  
**PARAÍBA**  
Governo do Estado

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1219573



### Identificação do paciente

D 1480692	Nome IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE	Sexo Feminino
Data de nascimento 21/05/1996	Idade 23 anos 8 meses 8 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)
Mãe ROSELIA MIRANDA SILVEIRA DE ANDRADE		Religião
Escolaridade		Prontuário
Pai JESIEL SOARES DE ANDRADE		Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)
DDD Celular 13	Celular 99999999	DDD
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3970411	Telefone
Local de procedência 3FSA		Nº Cns
Tipo BAIRRO		UF PB
Naturalidade POCINHOS		CBO/R

### Endereço

CEP 58020660	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro BANDEIRANTES - ATÉ 99999 - LADO ESQUERDO
Número 114	Complemento	Bairro TAMBIÁ	

### Admissão

Data e Hora 19/01/2020 15:27:17	Número da pulseira 1000006816703	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO	Detalhe do acidente VEICULO X PEDESTRE

### Intervenções e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Veio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou CONDUTOR DO RESGATE DOS BOMBEIROS	

### Sinais Vitais

PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
----	---	------	-------	-------------

### Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	---------------------

Dados clínicos

Diagnóstico	CID
Atendido por A JORGE DA SILVA	Tempo 01min 50seg





# Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Unidade - Unidade Juliana



Governo do Estado  
do Rio Grande do Norte

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente <b>IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE</b>	BAE <b>1219573</b>	Data/Hora Entrada <b>29/01/2020 15:27:17</b>	Data Baixa <b>2020-01-29 19:16:45.0</b>
Data de nascimento <b>21/05/1996</b>	Idade <b>23a An 8d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 99999999</b>
Mãe <b>ROSELIA MIRANDA SILVEIRA DE ANDRADE</b>			Prontuario
Endereço <b>BANDEIRANTES - ATÉ 99999 - LADO ESQUERDO, 214</b>	Bairro <b>TAMBIÁ</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X PEDESTRE</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA</b>	Nº Cons. Regional <b>8637/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>29/01/2020 15:27:17</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/01/2020 19:16:49</b>	

## ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO, CONSCIENTE, ORIENTADA, APRESENTANDO CEFALÉIA, CERVICALGIA COM PERDA DE CONSCIÊNCIA + DOR EM OMBRO E COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO + DOR EM BACIA E COLUNA LOMBO-SACRA + ESCORIAÇÃO. NÃO É VACINADA CONTRA TETANO. TORAX E ABDOMEN SEM QUEIXAS CONDUTA: TC DE CRANIO E COLUNA VERICAL + RX DE OMBRO E PA P + RX DE BACIA AP + RX DE COLUNA LOMBO-SACRA PA P + TETANOGAMA 250 UI IM+ ORIENTAÇÃO DE VACINAÇÃO ANTITETANICA + PARECER DA NEURO, ORTOPEDIA E ALTA DA CIRURGIA GERAL.

(29/01/2020 15:47:46-MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO)

#ORTOPEDIA PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO, APRESENTANDO DOR EM BACIA, RELATA DESMAIO, NEGA VOMITOS AO EXAME: EGR, ADM LIMITADA, NEUROVASCULAR OK RADIOGRAFIA SOBRE A PRANCHA. CD- SOLICITO NOVOS EXAMES SEM A PRANCHA

(29/01/2020 15:49:30-JANILEI HEIRIQUES CEZARINO)

## Neurocirurgia ## Avalio paciente vitima de capotamento com perda de consciencia, sem vomitos. Ao exame: ECG 15, pupilas isocóricas sem déficit focal. TC Cranio e coluna sem afecções neurocirurgicas de urgencia. Cd: Oriento sinais de alarme. Alta da Neurocirurgia

(29/01/2020 18:32:32-FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS)

#ORTOPEDIA# PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO EVOLUINDO COM DOR NA COLUNA LOMBO SACRA RADIOGRAFIA DE BACIA E TORAX: SEM SINAIS DE FRATURA CONDUTA 1- ANALGESIA 2- ALTA DA ORTOPEDIA 3- ATESTO 05 DIAS 4- AOS CUIDADOS DA NEUROCIURURGIA

(29/01/2020 19:10:06-LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA)

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRÁFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE

RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE BACIA. (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP -SEM PRANCHA)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL). (INDICAÇÕES CLÍNICAS: SEM PRANCHA)

## CID10

R52.0 - Dor aguda

T14.9 - Traumatismo não especificado

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

## Conduta

Alta médica

## Alta

Usuário

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA

Motivo de Alta

ALTA MEDICA

Dr. Luiz Juvencio  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 8637 / 2007 19822

Data e Hora

29/01/2020 19:16:45

Observações





## Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



PARAÍBA  
GOVERNO DO ESTADO

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32155700 - CNES: 2593262

Paciente <b>IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE</b>	BAE <b>1219573</b>	Data/Hora Entrada <b>29/01/2020 15:27:17</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>21/05/1996</b>	Idade <b>23a 8m 8d</b>	Sexo <b>Feminino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 99999999</b>
Mãe <b>JESIEL SOARES DE ANDRADE</b>			Prontuário
Endereço <b>BANDEIRANTES - ATÉ 99999 - LADO ESQUERDO, 214</b>	Bairro <b>TAMBIA</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X PEDESTRE</b>	Motivo <b>ATROPELAMENTO</b>	Profissional <b>MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO</b>	Nº Cons. Regional <b>2882/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>29/01/2020 15:27:17</b>		Data/Hora Prescrição <b>29/01/2020 15:47:46</b>	

### ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO. CONSCIENTE, ORIENTADA, APRESENTANDO CEFALÉIA, CERVICALGIA COM PERDA DE CONSCIÊNCIA + DOR EM OMBRO E COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO + DOR EM BACIA E COLUNA LOMBO-SACRA. + ESCORIAÇÃO NÃO É VACINADA CONTRA O TETANO, TORAX E ABDOMEN SEM QUEIXAS CONDUTA: TC DE CRÂNIO E COLUNA VERICAL + RX DE OMBRO E PA P + RX DE BACIA AP + RX DE COLUNA LOMBO-SACRA PA P + TETANOGAMA 250 UI IM + ORIENTAÇÃO DE VACINAÇÃO ANTITETANICA + PARECER DA NEURO, ORTOPEDIA E ALTA DA CIRURGIA GERAL

### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO  
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL S/ CONTRASTE  
RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA  
RADIOGRAFIA DE BACIA  
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRÊS POSICOES)

### CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

### Conduta

Em observação

Enfermeiro

MARCOS ANTONIO CAVALCANTE FURTADO  
(: 2882/PB)

Boletim registrado por: PRISCILA JORGE DA SILVA em 29/01/2020 15:29:07



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 588998

Nome IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE		
Data de Nascimento 21/05/1996	Nº Boletim Emergencia 1219573	Prontuario
Material a examinar		
		Data Prescrição: 29/01/2020 15:47:46
<b>EXAME DE IMAGEM</b> TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUMNA CERVICAL S/ CONTRASTE RADIOGRAFIA DE COLUMNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA RADIOGRAFIA DE BACIA RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES)		

CRANIO + CERVICAL  
29 / 01 / 2020  
16:10  
Wosley

29 01 / 20  
16:25

Assinatura e Carimbo do Profissional



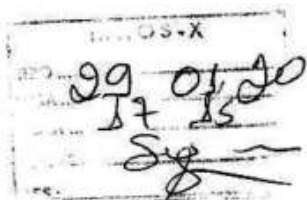


OBS: autorizado retirada  
de prancha por Dr. Leonardo

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nº: 589013

Nome IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE		
Data de Nascimento 21/05/1996	Nº Boletim Emergência 1219573	Prontuário
Material a examinar		
		Data Prescrição: 29/01/2020 16:40:30
<p><b>EXAME DE IMAGEM</b></p> <p>RADIOGRAFIA DE BACIA (AP - SEM PRANCHA)</p> <p>RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) (SEM PRANCHA)</p>		



Reimpresso por:  
rlb:

Dr. Jansen Henrique  
Ass. Gerente de Radiologia

Assinatura e Carimbo do Profissional





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA

## LAUDO MÉDICO

**OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 129573**

**PACIENTE: IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE**

**DATA DE NASCIMENTO: 21.05.96**

**Data e Hora do Atendimento: 29.01.20**

**Horário: 15:27h**

**MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO:** Paciente deu entrada neste hospital vítima de atropelamento apresentando quadro de cefaleia, cervicalgia, dor e limitação de movimentos no ombro esquerdo, dor na bacia e coluna lombosacra. Atendido pelo Dr. Marcos Antônio Cavalcante Furtado CRM 2882, Dr. Jansen Henriques CRM 11385, Dr. Fernando Gondim Vasconcelos CRM 8267.

**DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO**

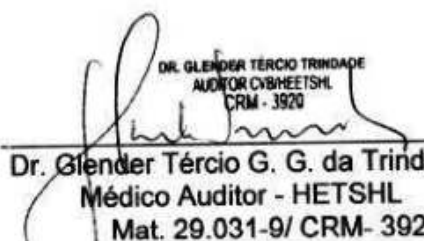
**CID 10 T 14 9**

**RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):**

Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia geral, avaliação da traumatologia, avaliação da neurocirurgia, Tomografia computadorizada de crânio, Rx da coluna cervical sem contraste, Rx da coluna lombosacra, Rx da bacia AP e Perfil, Rx do ombro esquerdo AP e Perfil e tratamento clínico conservador.

**ALTA HOSPITALAR: 29.01.20 às 19:16h.**

**Data da Emissão: 25.05.20**

  
DR. GLENDER TERCIO TRINDADE  
AUDITOR CVBHEETSHL  
CRM - 3920  
Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade  
Médico Auditor - HETSHL  
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar  
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.







VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL

DATA DE  
EXPEDIÇÃO

3.970.411

08/06/2011

NOME

IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE

FILIAÇÃO

JESSE SOARES DE ANDRADE  
ROSILIA MIRANDA SILVEIRA DE ANDRADE

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

POCINHOS-PB  
DOC ORIGEM

21/05/1996

NASC. N. 15060 FLS. 215 LIV. A15  
EMP. CARTÓRIO POCINHOS-PB

108.769.654-27

Minist. da Justiça e do Poder Judiciário  
Con. Exec. do Minist. do Cons. Gen.

ASSINATURA DO DIRETOR

E. N° 7.116 DE 29/08/83





MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal

**CPF**

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

**108.769.654-27**

Nome

**IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE**

Nascimento

**21/05/1996**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200223044 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE **Data do acidente:** 29/01/2020 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/06/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** CONTUSÃO CEREBRAL.

TRAUMA CONTUSO DE OMBRO ESQUERDO, COLUNA E QUADRIL.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PG. 6

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Recuperação Completa)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00





## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:	<u>Jonka Emilly mixanda de Andrade</u>		
NACIONALIDADE:	<u>Brasileira</u>	ESTADO CIVIL:	<u>Solteira</u>
PROFISSÃO:	<u>Doméstica</u>	Nº DO RG:	<u>3970.444</u>
ORGÃO EMISSOR:	<u>559-PB</u>	DATA DE EMISSÃO:	<u>08/06/21</u>
Nº DO CPF:	<u>108.769.654-27</u>	ENDEREÇO:	<u>Avenida dos Bordi-</u> <u>montes, nº 214, Apto 303, Bairro Tomba, João Pessoa - PB, CEP</u> <u>56020-660</u>

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO	Nº DO RG: 22.742
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB	DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016
Nº DO CPF: 007.854.364-99	ENDEREÇO: AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO
CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.	

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Jonka Emilly mixanda de Andrade, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa - PB, 22 de Junho de 2020.

➔ Jonka Emilly mixanda de Andrade  
Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0172770/20

**Vítima:** IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE

**CPF:** 108.769.654-27

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

**Data do acidente:** 29/01/2020

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

#### IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE : 108.769.654-27

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/06/2020  
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
CPF: 007.854.364-99

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/06/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB**

Processo n.º 08076784920208152003

**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 **IANKA EMMILY MIRANDA DE ANDRADE**, 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 REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA**

**DAS DIVERGÊNCIAS DE INFORMAÇÕES NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Conforme dispõe o art. 385, NCPC/15, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial o BOLETIM DE OCORRÊNCIA, haja vista que a narrativa dos fatos, não foi exposta de forma clara, bastante genérica, não há testemunhas, há divergências de datas, constando apenas relatos totalmente unilaterais da parte Autora para sua própria conveniência.

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício à Delegacia de Polícia na qual fora registrada a ocorrência, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

**DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA**  
**DA AUSÊNCIA DE BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO COM A DATA DO ACIDENTE**

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial diante da ausência do boletim de atendimento médico **COM A DATA DO ACIDENTE**.

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



Ressalta-se a importância da juntada dos documentos médicos já que é através deles que se confirmará a existência das lesões sofridas pela vítima, de modo que sua ausência impossibilita a apuração do nexo de causalidade.

Portanto, para que não pairasse qualquer dúvida sobre a veracidade dos fatos narrados na exordial, bem como autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício ao Hospital onde foi prestado o primeiro atendimento, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito.**

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistiu nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

**PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPORTADO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.**

**Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.**

**Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).**

Repita-se, 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



**VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.**

**Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.**

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 13 de julho de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

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

