



Número: **0829799-63.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **25/11/2020**

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
REBECA THAYS ALVES PAULA (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
42509 076	30/04/2021 14:26	<u>Petição</u>
42509 078	30/04/2021 14:26	<u>2777273_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>
42509 079	30/04/2021 14:26	<u>2777273_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/04/2021 14:26:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21043014265021700000040446002>
Número do documento: 21043014265021700000040446002

Num. 42509076 - 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, 01 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200373068 **Vítima: REBECA THAYS ALVES PAULA**

Data do Acidente: 15/02/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REBECA THAYS ALVES PAULA

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% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: REBECA THAYS ALVES PAULA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 260

Agência: 000000001

Conta: 000061464386-7

Tipo: CONTA CORRENTE

Pag. 01489/01490 - carta_15R - INVALIDEZ



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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
084893184-09		Rebeca Thays Alves Paula	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Ribeiro	Sindôrto Montenegro	415	COROA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Monte Castelo	Lompuna Graciosa	DB	58406-100
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO PAGAMENTO S.A.

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 61464386

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT [Lei nº 6.194/74], uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (meio-irmão)? 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 áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 28/09/20

Rebeca Thays

TESTEMUNHAS





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



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00303.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00303.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:19 horas do dia 05 de outubro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e neste 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 **Rebeca Thays Alves Paula**, conhecido(a) por Rebeca, CPF nº 084.893.184-09, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Desempregada, filho(a) de Rute Farias Paulo e Antonio Alves da Costa, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 23/08/2002 (18 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Sindolfo Montenegro, Nº 415, complemento CASA, bairro Santo Antônio, tendo como ponto de referência Próximo do Estádio Plínio Lemos, na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua João da Mata, nº S/N, Via Pública, Próximo da Farmácia "paguc Menos", Campina Grande/PB, bairro CENTRO; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 15/02/20 21:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo XRE 300, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2012/2012, UF: PB, placa OFE-9535, chassi 9C2ND09100R403122, renavam 0049096544-0, características gerais: Demais Dados do Veículo No C.r.l.v

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO ESTAVA DE CARONA NO VEÍCULO E NO LOCAL JÁ AMBOS DESCritos ANTERIORMENTE ACIMA, OI VEÍCULO EM QUE ESTAVAM FOI ATINGIDO POR UM OUTRO VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO E NEM O CONDUTOR DO MESMO E QUE AMBOS SE EVADIRAM DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR QUALQUER TIPO DE ASSISTÊNCIA AS VÍTIMAS, SENDO QUE AMBOS FORAM SOCORRIDOS POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DERAM ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTES AO CASO, 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. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODERÁ 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, expõe 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. 157.356-0

Procedimento Policial: 00303.01.2020.1.05.101



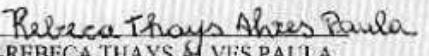
DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1^ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5^ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



Lucena/PB, 13 de outubro de 2020.


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.355-0


REBECA THAYS ALVES PAULA

Noticiante



Procedimento Policial: 00303.01.2020.1.05.101



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/04/2021 14:26:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21043014265167500000040446004>
Número do documento: 21043014265167500000040446004

Num. 42509078 - Pág. 4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
084893184-09		Rebeca Thays Alves Paula	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
Ribeiro	Sindôrto Montenegro	415	COROA
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Monte Castelo	Lompuna Graciosa	DB	58406-100
15 - E-mail:	16 - Tel.(DDD):		

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

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO 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: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <u>HU PAGAMENTO S.A</u> AGENCIA: <u>0003</u> CONTA: <u>61464386</u> (Informar o dígito se existir)		
AGENCIA: <u>0003</u> CONTA: <u>61464386</u> (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

<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT [Lei nº 6.194/74], uma vez que: <ul style="list-style-type: none"> • Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou • O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido. 		
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74. Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.		

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Víviro	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (váinzesor)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: CPF: _____ Assinatura da testemunha
NÃO ALfabETIZADO	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: CPF: _____ Assinatura da testemunha
	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa 28/09/20

Rebeca Thays

TESTEMUNHAS



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REBECA THAYS ALVES PAULA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000061464386-7

Nr. da Autenticação 511A3656E3E121F2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/04/2021 14:26:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21043014265167500000040446004>
Número do documento: 21043014265167500000040446004

Num. 42509078 - Pág. 6

BOLETO PARA PAGAMENTO



Documento com valor fiscal
Documento não é aceito em lojas

Nº 007.522.575

ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Tres Irmãos
Campina Grande / PB - CEP 58423-709
CNPJ 05.325.596/0001-95 - Insc. Est. 16.003.832/1

DADOS DO CLIENTE

MANOEL DE PAULA SILVA
RUA SINDOLFO MONTENEGRO 415
CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/44140-2

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

SET/2020

08/09/2020

118

15/09/2020

R\$ 95,71

Acesse: www.energis.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03269.641001 00225.134170 1 83790000009571

Pagador: MANOEL DE PAULA SILVA CNPJ/CPF: 048.218.824-34

RUA SINDOLFO MONTENEGRO 415 - MONTE CASTELO - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000 - R\$ 95,71 - 100

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
32696410000225134	00000000202009	15/09/2020	R\$ 95,71	

08.826.596/0001-95

BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA

AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-709

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/04/2021 14:26:52

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21043014265167500000040446004>

Número do documento: 21043014265167500000040446004

Num. 42509078 - Pág. 7

Centro.
* CH. * 50

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

QI LEITE CONVENIO

CIRURGIÃO

CIRURGIA *Dr. César José Gómez Pinto +
Dr. Gómez Pinto + Dr. Gómez Pinto*

ANESTESIA

ANESTESIA

INSTRUMENTADORA

DATA

NICIO

51M

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luis Gonzaga Fernandes



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DR. LUIZ GONZAGA FERNANDES

REQUISIÇÃO DE EXAMES

NOME:	SEXO:	IDADE:	PESO:			ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:	PONTUÁRIO:	
			<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> B					<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> A
RODRIGO FERREIRA	M	15	45	165	65	165	165	165	165	165	

DADOS CLÍNICOS:
Nome: RODRIGO FERREIRA
Sexo: M
Idade: 15

RAZOES:

Exame de rotina

MATERIAL A EXAMINAR:

Exame de sangue

EXAMES SOLICITADOS:

Exame de sangue

Exame de urina

Exame de urina

URGÊNCIA: ROTINA: HORA DA SOLICITAÇÃO: D: Pedro Vitor
DATA: 15/04/20

Assinatura do Médico

MOD. 002





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/04/2021 14:26:52
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21043014265167500000040446004>
Número do documento: 2104301426516750000040446004

Núm. 42509078 - Pág. 14

**REQUISIÇÃO DE EXAMES**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

DADOS PESSOAIS		PRONTUÁRIO										
NAME:	SEXO:	COR:		PESO:		ALTURA:		CLÍNICA:		ENF.:		LEITO:
NAME:	SEXO:	B	P	P	A	A	S	A	B	S	A	LEITO:
RODRIGO	M											
10/02/2000												

DADOS CLÍNICOS:

FEbre / dor abdominal

MATERIAL A EXAMINAR:**EXAMES SOLICITADOS:**

Urtiga
Realizar exame

URGÊNCIA:	ROTEIRO:	ROTEIRO:	DATA:	HORA DA SOLICITAÇÃO:	Assinatura do Médico
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15/02/2021	10:10	Carlimo e Assinatura do Médico

MOD. 002



18/02/2020

HTCG-Panel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-800
Boleto de Emergência (B.E) - Modelo 03 Data: 18/02/2020
NOME: Schubert Luigi Costa Rodrigues



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: REBECA THAYS ALVES PAULA

Data da Internação: 15/02/2020 Data da Alta: 18/02/2020

Registro: 2107727

Tempo de Permanência: -18308

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Diagnóstico Final: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Cirurgia: PLACA Data: 15/02/2020

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Condições de Alta: Melhorado

Data 18/02/2020

Dr. Schubert Luigi Costa Rodrigues
Assinatura/Carimbo
Schubert Luigi Costa Rodrigues

RESPONSÁVEL: Schubert Luigi Costa Rodrigues



Número do Prontuário: 1 DATA DA CIRURGIA: 16/02/2020

Número do Atendimento: 2107727 Clin: CENTRO CIRÚRGICO / Enf: URPA / Lei: 9

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: SEM DOCUMENTOS

Data da Internação: 15/02/2020

Atendimento: 2107727

Diagnóstico Pré-Operatório: FRATURA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA + FERIMENTO EXtenso EM PANTURRILHA ESQUERDA

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgia: OSTEOSINTSE + SUTURA FERIMENTO EXtenso Data da
Cirurgia: 16/02/2020

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1: ANA MARIA DA SILVA ANSELMO

Aux 2:

Aux 3:

Instrumentador: EMERSON COSTA

Anestesista: JOSE EUDISMAR DE QUEIROZ BESSA

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista: NÃO

Exame Radiológico no Ato: SIM

Acidente Durante Operação: NÃO OCORREU

Descrição da Operação: 1 - PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2 - ASSEPSIA + ANTISEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
3 - INCISÃO EM FACE LATERAL DA Perna ESQUERDA + DIVULSAÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA
4 - REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DA FÍBULA + FIXAÇÃO COM PLACA 1/3 DE CANO 7 FUROS + PARAFUSOS CORTICais
5 - INCISÃO EM FACE MEDIAL DA Perna ESQUERDA + DIVULSAÇÃO POR PLANOS + HEMOSTASIA
6 - REDUÇÃO CRUENTA DA FRATURA DA TIBIA + FIXAÇÃO COM PLACA EM T 2 X 5 + 03 PARAFUSOS CORTICais + 03 PARAFUSOS ESPONJOSOS, SOB ESCOPÍA
OBS: DURANTE A REALIZAÇÃO DA ESCOPÍA, O ABDOME DA PACIENTE FOI PROTEGIDO COM CAPOTE DE CHUMBO, VISTO A MESMA ESTAR GESTANTE.
7 - LAVADO DE FO CM SF
8 - SUTURA
9 - CURATIVOS.
10 - PACIENTE POSICIONADA EM DECUBITO LATERAL DIREITO
11 - LAVADO DE FERIMENTO EXtenso EM REGIÃO POSTERIOR DA Perna COM SF 0,9%
12 - SUTURA
13 - CURATIVO
14 - À URPA

Data 16/02/2020

Assinatura/Carimbo
Ana Maria Da Silva Anselmo



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento
0271

Hospital: _____ Código: _____

Código: 1000

Procedimento: _____ Cód. Procedimento: _____

Cód. Procedimento: _____

Data da Cirurgia: / / Nº prontuário: Convênio:

Cirurgião: _____ Código: _____ () Reposição () Caixa Pronta

DESCRICAÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

							Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Cortical () mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 4.0 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/16 Curta	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Esponjoso 6.5 mm R/32 Longa	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							
Parafuso Maleolar 4.5 mm	Nº							
	Qtd.							
	Cód.							

OBS: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento:

Faturar N.F para:

do consultor: _____ Total: _____

Instrumentador:



REQUISIÇÃO DE EXAMES

SEXO	COR:	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF.:	LEITO:
<input checked="" type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A					

EXAMES:

Exames

DATA EXAMINAR:

05/04/2022

EXAMES SOLICITADOS:

Exames

ENCIAS: ROTINA: HORA DA SOLICITAÇÃO:
A: *10/04/2022*

Carimbo e Assinatura do Médico

2



Juliana D'Aluysio

SEXO:	COR:	PESO:	ALTURA:	DATA DE NASCIMENTO:
FER	Clara	50	1,60	16/02/2020
RECLINAÇÃO: RETO X				
DENTRO DE CASA: Paciente Gestante				

TESTE DE URINA: (Uma preleção p/ uridina),

TESTE DE URINA: (U) - AP + Ur

DATA:	RESPONSA
16/02/2020	Verdadeiro
TESTE DE URINA: (U) - AP + Ur	

DATA: 16/02/2020
TESTE DE URINA: (U) - AP + Ur



MATERIAL UTILIZADO EM CIRURGIA

Rastreamento
0271

Hospital: _____ Código: _____

Código: _____

Procedimento: _____ Cód. Procedimento: _____

Cód. Procedimento: _____

Paciente: _____

Data da Cirurgia: / / N° prontuário: _____ Convênio: _____

Cirurgião: _____ Código: _____ () Reposição () Caixa Pronta

DESCRICAÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

Obs.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

Anotações do Médico

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar N.F para: _____

Cód. do consultor: _____ Total: _____

d. Instrumentador: _____

resistente. Capacidad de 1000 kg.

medicamento. Fábrica de Medicamentos Clínicas Ltda. - Av. Teodoro Sá, 245B - São Manuel - Ceará - CE - CNPJ: 10.323.929/0001-05



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/04/2021 14:26:52

Assinado eletronicamente por: SUELMI MOREIRA TURRES - 30/04/2021 14:26:32
<http://pie.tiob.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21043014265167500000040446004>

Número do documento: 21043014265167500000040446004

Num. 42509078 - Pág. 23

18/02/2020

HTCG-Portal Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-800 Data: 18/02/2020
Bolema de Execução (RE) - Modelo 03 NOME: Schubert Luigi Costa Rodrigues



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: REBECA THAYS ALVES PAULA

Data da Internação: 15/02/2020 Data da Alta: 18/02/2020

Registro: 2107727

Tempo de Permanência: -18308

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Diagnóstico Final: FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Cirurgia: PLACA Data: 15/02/2020

Equipe:

Cirurgião: AMARO JORGE PINTO NETO

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Condições de Alta: Melhorado

Data: 18/02/2020

Assinatura/Carimbo
Schubert Luigi Costa Rodrigues

RESPONSÁVEL: Schubert Luigi Costa Rodrigues



04/06/2021

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:	Piluma Tavares Alves			
QI	LEITE	CONVENIO	IDADE	REGISTRO

CIRURGIA	Dr. Andrade - Cirurgia Pura e Limpida + Sutura de Ferimento	CIRURGÃO
ANESTESIA		ANESTESIA

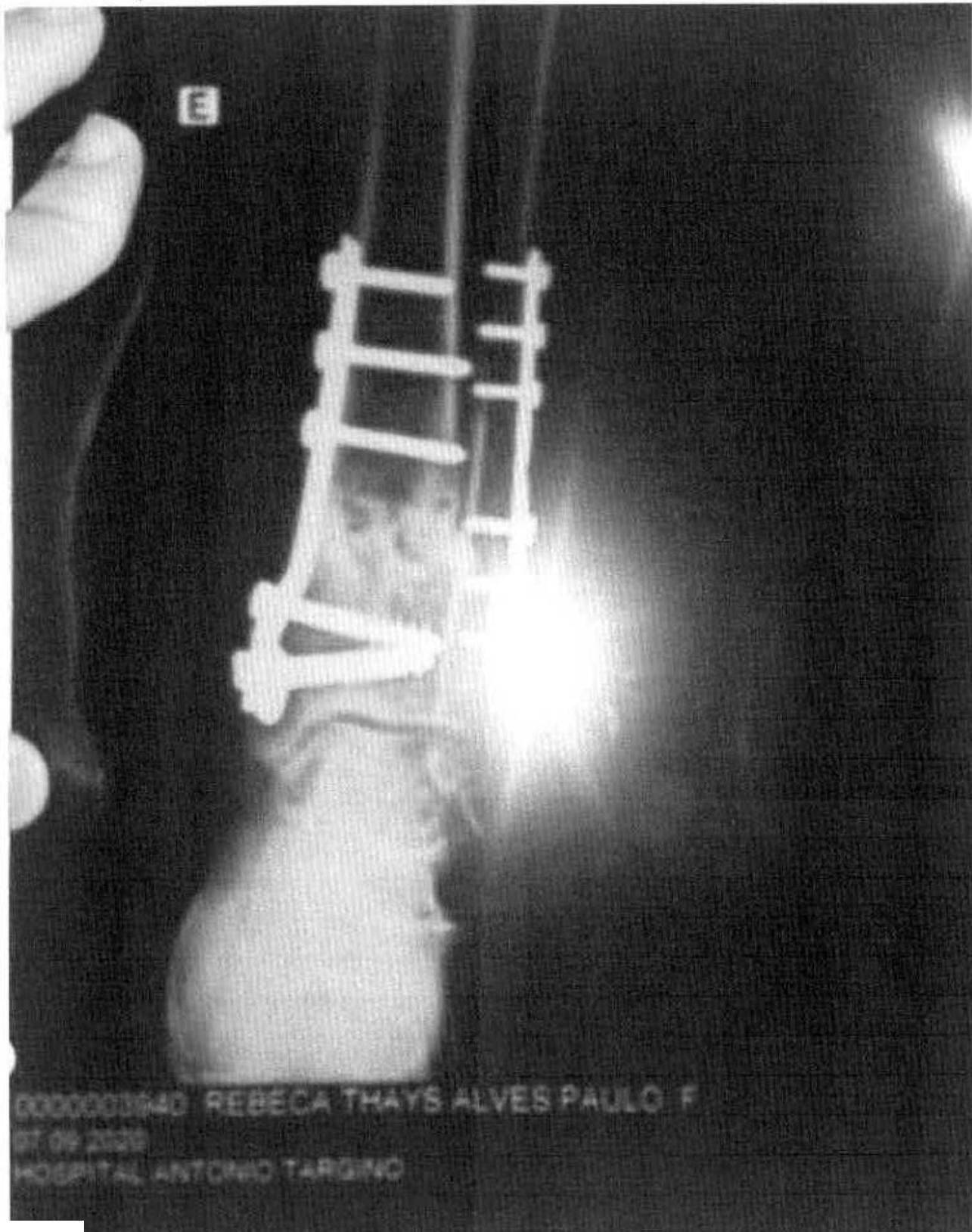
GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

INSTRUMENTADORA	DATA	INÍCIO	FIM	CÓDIGO
Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qtd.	FIOS
	Atropina amp.	Catet. p. Oxi.		Catgut cromado Sertix
	Atropina amp.	Catet. De Urinar Sst. Fech		Catgut cromado Sertix
	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix
	Dimoré amp.	Compressa Pequena		Catgut Simples
	Dolantina amp.	Cotonoides		Catgut Simples Sertix
	Efrane ml	Dreno		Catgut Simples Sertix
	Fenegam amp.	Dreno Kerr n°		Catgut Simples Sertix
	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso
	Inova ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond
	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Mercaina ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond
	Nubatin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix
	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix
	Protigmine amp.	Esparracrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak
	Protovidol 1ml	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak
	Quiglicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca
	Rapifen amp.	H.O. ml		Mononylon
	Triponembutal ml	Infracath Adulto		Mononylon
	Tracnum amp.	Infracath Infantil		Prolene Sertix
Qtd.	MEDICAÇÕES	Lâmina de Bisturi n° 23		Prolene Sertix
	Água Desidratada amp.	Lâmina de Bisturi n° 11		Prolene Sertix
	Dacadron amp.	Lâmina de Bisturi n° 15		Prolene Sertix
	Dipirona amp.	Luvas 7.0		Vicryl Sertix
	Flaxicol amp.	Luvas 7.5		Vicryl Sertix
	Fleocortisol amp.	Luvas 8.0		Vicryl Sertix
	Geramicina amp.	Luvas 8.5		
	Glicose amp.	Oxigênio l/m		
	Gucon de Cálcio amp.	Polfix		
	Haemacel ml	PVP Degemente ml		
	Heparina ml	PVP Tópico ml	Qtd.	SOROS
	Kanaklone amp.	Sabão Antiseptico		SG Normotérmico fr 500 ml
	Lasix amp.	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml
	Medrotinazol	Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml
	Pasil amp.	Seringa desc. 20 ml		SG Ringer fr 500 ml
	Prolamina	Seringa desc. 50 ml		SG fr 500 ml
	Revivan amp.	Sonda		
	Siupitanon amp.	Sonda forey	Qtd.	ORTSESE E PRÓTESE
	Cefalotina 1g	Sonda Nasogástrica		Caixa 15 Bambolante
		Sonda Uretral n°		Caixa 15 Placa T - 25
		Stercrem ml		Caixa 15 Ponto de operação
		Tomarinhinha		Caixa 15 Ponto
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaseline ml		EQUIPAMENTOS
	Ajulha desc. 25 x 7	Geicon 18		<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar
	Ajulha desc. 28 x 28	Lofese		<input checked="" type="checkbox"/> Serra <input type="checkbox"/> Eletrocautério
	Ajulha desc. 3 x 4.5			<input checked="" type="checkbox"/> Desfibrilador <input type="checkbox"/> Oxicapnógrafo
	Ajulha p/ raque n°			<input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal <input type="checkbox"/> Cardiomonitor
	Alcool de Enfermagem			<input checked="" type="checkbox"/> Fonte de Luz <input type="checkbox"/> Perfurador Elétrico
	Alcool Iodado ml			
	Ataduras de Crepon			
	Maduras de Gessada			
	Azul metileno amp			

Maria Gilda Moreira Torres



DOCUMENTO: REBECA THAYS ALVES PAULO F

37/04/2021

HOSPITAL ANTONIO TARGIVO

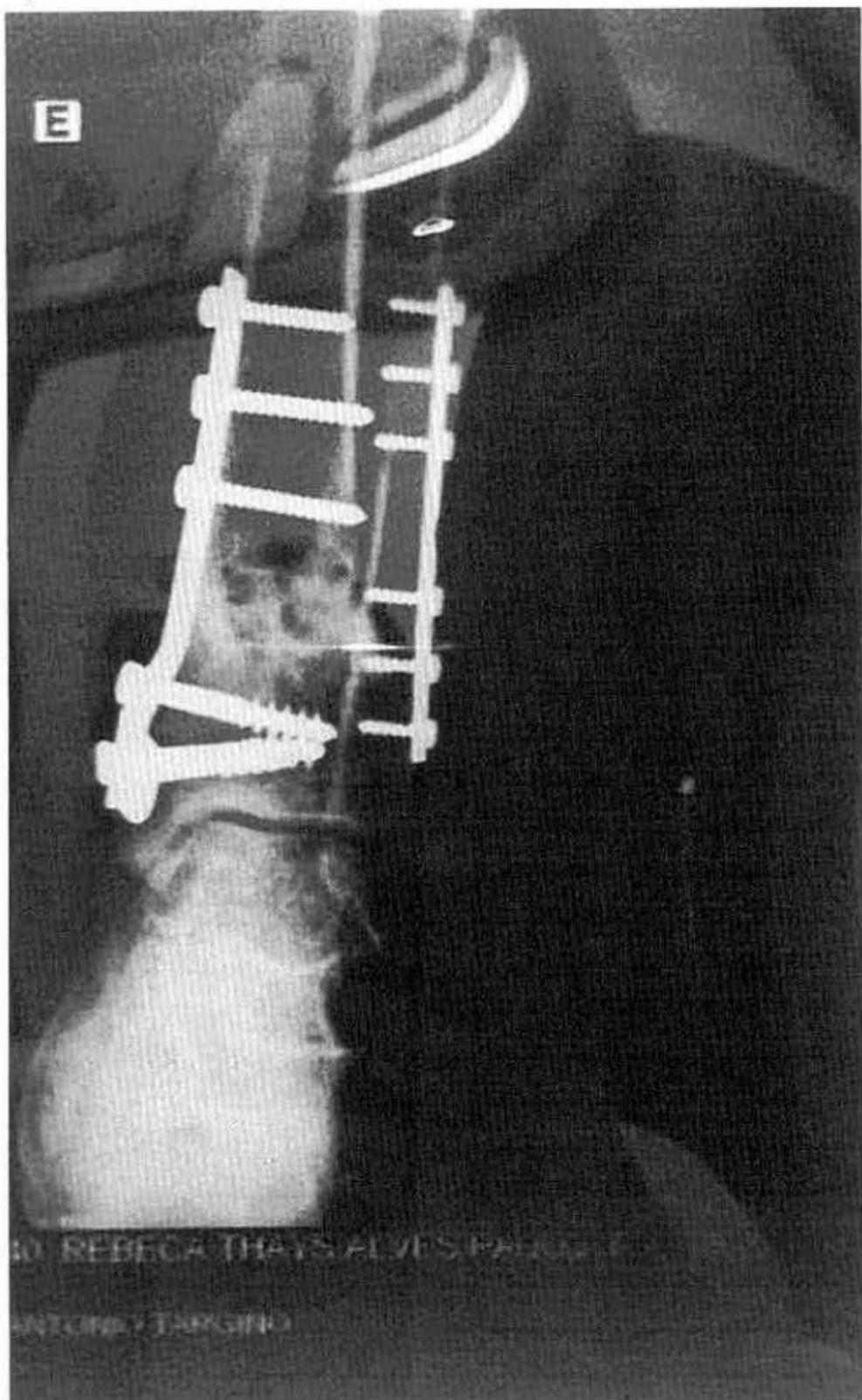


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/04/2021 14:26:52

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21043014265167500000040446004>

Número do documento: 21043014265167500000040446004

Num. 42509078 - Pág. 27



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/04/2021 14:26:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21043014265167500000040446004>
Número do documento: 21043014265167500000040446004

Num. 42509078 - Pág. 28



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/04/2021 14:26:52
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21043014265167500000040446004
Número do documento: 21043014265167500000040446004

Num. 42509078 - Pág. 29

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB

Nº 014666300240

20202070235

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PLA 00198106051401-2

1

0049090549-0

00/00000000

RAFAEL CORDEIRO DOS SANTOS
RUA ALMIRANTE TAMANDARÉ 253
JOSE PINHEIROS
58407375 CRB/ LIMA GRANDE PB

ORIGEM
08586033463PLACA
000000000NOME ANTERIOR
EUCLIDES RAMOS DE ARAUJOPLACA ANTERIOR
MONO 00 CHASSI
902ND0910CR403122ESPECIE TIPO
PAS / MOTOCICLETA / NAO APPLCCOMBUSTIVEL
GASOLINAMOTOR NRE / MARCA / MODELO
HONDA / 000 / 000ANO FAB / ANO MED
2012 / 2012CNPJ / RICARTE
2 01291 / CICATEGORIA
PARTICCOR PREDOMINANTE
VERMELHA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTOS SOBRE

MOTOR : ND09E10403122

DATA
13/05/2019
16101



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200373068 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REBECA THAYS ALVES PAULA **Data do acidente:** 15/02/2020 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL
SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL TIBIA E FÍBULA ESQUERDA. P3,4,9,12,20

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSO) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0294948/20

Vítima: REBECA THAYS ALVES PAULA

CPF: 084.893.184-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/02/2020

Titular do CPF: REBECA THAYS ALVES PAULA

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

REBECA THAYS ALVES PAULA : 084.893.184-09

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: 19/10/2020
Nome: REBECA THAYS ALVES PAULA
CPF: 084.893.184-09

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/10/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

REBECA THAYS ALVES PAULA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/04/2021 14:26:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21043014265167500000040446004>
Número do documento: 21043014265167500000040446004

Num. 42509078 - Pág. 33



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

Processo n.º 08297996320208150001

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 **REBECA THAYS ALVES PAULA**, 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.joaoarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/04/2021 14:26:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21043014265279300000040446005>
Número do documento: 21043014265279300000040446005

Num. 42509079 - 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, 28 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 - 30/04/2021 14:26:53
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21043014265279300000040446005>
Número do documento: 21043014265279300000040446005

Num. 42509079 - Pág. 2