



Número: **0846651-50.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/08/2018**

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
MARIA DA PENHA AURELIANO DOMINGOS (AUTOR)	VANESSA MARTINS MACEDO (ADVOGADO) DANILO CAZE BRAGA DA COSTA SILVA (ADVOGADO) ALVARO MENDES PIRES NETO (ADVOGADO) DANDARA BATISTA DE FRANCA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39377 201	11/02/2021 15:28	Petição	Petição
39377 202	11/02/2021 15:28	2598574_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_03	Outros Documentos
39377 203	11/02/2021 15:28	2598574_ELABORAR JUNTADA DE DOCS_Anexo_01	Outros Documentos
39377 204	11/02/2021 15:28	2598574_JUNTADA_DE_DOCS_03	Outros Documentos

EM ANEXO





				Nº DA CONTA JUDICIAL
				3100103887084
Nº DA PARCELA		DATA DO DEPÓSITO	AGÊNCIA (PREF / DV)	TIPO DE JUSTIÇA
0		04/02/2020	1618	ESTADUAL
DATA DA GUIA	Nº DA GUIA	Nº DO PROCESSO	TRIBUNAL	
03/02/2020	2598574	08466515020188152001	TRIBUNAL DE JUSTICA	
COMARCA	ORGÃO/VARA	DEPOSITANTE	VALOR DO DEPÓSITO (R\$)	
JOAO PESSOA	11 VARA CIVEL	RÉU	200,00	
NOME DO RÉU/IMPETRADO		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
		Jurídico		
NOME DO AUTOR / IMPETRANTE		TIPO DE PESSOA	CPF / CNPJ	
MARIA DA PENHA AURELIANO DOMINGOS		Física	09442262726	
AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA				
173F94A0BC240597				
CÓDIGO DE BARRAS				



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2018

Carta nº: 12508714

A/C: MARIA DA PENHA AURELIANO DOMINGOS

Nº Sinistro: 3180078393
Vitima: MARIA DA PENHA AURELIANO DOMINGOS
Data do Acidente: 15/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALVARO MENDES PIRES NETO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MARIA DA PENHA AURELIANO DOMINGOS

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 0000011265-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$	945,00
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01899/01900 - carta_15R - INVALIDEZ

00020950



Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIA DA PENHA AURELIANO DOMINGOS**

Nº Sinistro: **3180078393**

Vítima: **MARIA DA PENHA AURELIANO DOMINGOS**

Data do Acidente: **15/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **ALVARO MENDES PIRES NETO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180078393**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12407346

Pag. 01795/01796 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: MARIA DA PENHA AURELIANO DOMINGOS

Sinistro: 3180078393

Vítima: MARIA DA PENHA AURELIANO DOMINGOS

Data do Acidente: 15/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALVARO MENDES PIRES NETO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180078393** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00359/00360 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12428800



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL _____ CPF da Vítima 094.422.627-26 Nome completo da vítima MARIA DA PENHA AURELIANO DOMINGOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Maria da Penha Aureliano Domingos</u>	CPF titular da conta <u>094.422.627-26</u>	Profissão <u>DO LAR</u>
Endereço <u>Rua Projetada</u>	Número <u>61N</u>	Complemento <u>21, L16</u>
Bairro <u>BAIRRO DAS INDÚSTRIAS</u>	Cidade <u>SANTA RITA</u>	Estado <u>PB</u>
Email <u>alecaro-mendes-pires@hotmail.com</u>	CEP <u>58.300-000</u>	Telefone (DDD) <u>63</u> <u>99823-6662</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, que o endereço informado é verdadeiro, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.



FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO: <u>0037</u> D/V: <u>013</u> (Informar dígito se existir)	CONTA NRO: <u>00011265-1</u> D/V: _____ (Informar dígito se existir)	BANCO Nome: _____ NRO: _____ AGÊNCIA NRO: _____ D/V: _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO: _____ D/V: _____ (Informar dígito se existir)

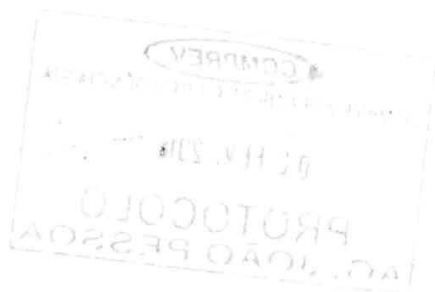
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pereira de fevereiro de 2018
Local e Data

Maria da Penha Aureliano Domingos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Loterias CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
OUVIDORIA 0800 725 7474

033-564188524-6

02/FEV/2018

HORA DF 15:04:40

LOT: 13,22399-9
LOCALIDADE: JOAO PESSOA
AG. VINCULADA: 3488

TERM: 042174

CONTROLE: 063681841

DEPÓSITO EM DINHEIRO

0037 013 00011265-1

MARIA PENHA A DOMINGOS

VALOR : 5,00

ESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

033-564188524-6

1ª VIA

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

Scanned by CamScanner

0037 013 00011265-1

MARIA PENHA A DOMINGOS





PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180078393 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DA PENHA AURELIANO DOMINGOS **Data do acidente:** 15/05/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de tíbia direita

Descrição do exame médico pericial: Paciente chegou queixando-se de dor intensa perna direita, portando muletas. Atrofia leve de coxa direita, cicatriz cirúrgica de bom aspecto face medial perna direita (mini acesso para placa ponte), sem deformidades membro e ou encurtamento. Força diminuída grau 4. Mobilidade normal. Sem restrição de movimentos no joelho, quadril e tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Paciente sofreu fratura de tíbia direita, submetido a tratamento cirúrgico em 31/05/2017, evoluiu com dor e limitação de força.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/03/2018

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: adequamos o ?PI? conforme relatório descritivo do médico examinador. Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Douglas Michalane Pires Teixeira

CRM do médico: 5336

UF do CRM do médico: PB

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



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: 07/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DA PENHA AURELIANO DOMINGOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000011265-1

Nr. da Autenticação 53BBB811723C6680





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 11ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08466515020188152001

BRADESCO SEGUROS S.A., previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARIA DA PENHA AURELIANO DOMINGOS**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do **RECIBO DE PAGAMENTO** em anexo, com fito de **comprovar o pagamento dos honorários do perito nomeado pelo Juízo**.

Termo em que,
Pede Juntada.

JOAO PESSOA, 9 de fevereiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

