



Número: **0808299-23.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/02/2018**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA JOSE DA SILVA (AUTOR)		MARTINHO CUNHA MELO FILHO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35158 213	06/10/2020 13:29	Petição	Petição
35158 216	06/10/2020 13:29	2634222_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
35158 217	06/10/2020 13:29	2634222_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos
35106 131	06/10/2020 11:44	Alvará de Levantamento	Alvará de Levantamento

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2017

Carta nº: 11441835

A/C: MARIA JOSE DA SILVA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170424908 ASL-0293381/17

Vitima: MARIA JOSE DA SILVA

Data Acidente: 23/02/2017

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00137/00138 - carta_01



Rio de Janeiro, 10 de Agosto de 2017

Carta nº: 11459735

A/C: MARIA JOSE DA SILVA

Sinistro: 3170424908 ASL-0293381/17
Vítima: MARIA JOSE DA SILVA
Data Acidente: 23/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

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.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01587/01588 - carta_02



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2017

Carta nº: 11537636

A/C: MARIA JOSE DA SILVA

Sinistro: 3170424908 ASL-0293381/17
Vitima: MARIA JOSE DA SILVA
Data Acidente: 23/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

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 JOSE DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000904

Conta: 0000036607-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

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. 01395/01396 - carta_15R





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZ

Autorização de pagamento



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, MAMA JOSE DA SILVAPORTADOR(A) DO RG Nº 3.301.399 - 2ª VIA EXPEDIDO POR SSDS/PB EM 28 / 06 / 16 ECPF 30105355402 / CNPJ 000000000000000000, PROFISSÃO RECUSOU-SEE RENDA MENSAL DE R\$ RECUSOU-SE NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA A MESMA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LIDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____, Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0804 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00036607-9

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

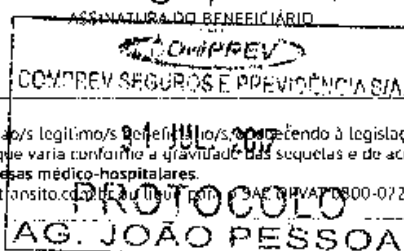
1. Pessoa 27 de JULHO de 2017
LOCAL E DATA

X. Moreira José da Silva

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), conforme a legislação vigente na data do acidente), indenização de até **R\$13.500,00** em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para SAC DPVAT 0800-0721204.



Maria Jose da Silva I



AUTO-ATENDIMENTO - Ag. Cabp Branco/PB

DATA: 24/07/2017

HORA: 12:23:50

TERMINAL: 00361077

CONTROLE: 003610770141

AGENCIA: 0904 - EPITACIO PESSOA

CONTA: 0019-00036607-9

CLIENTE: MARIA JOSE DA SILVA

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS DE POUPANCA POR DATA LIMITE
DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA

17/07

VALOR

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA

DATA

17/07

VALOR

RESUMO EM 21/07

SALDO

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO

SALDO DISPONIVEL

SALDO TOTAL

O CALENDARIO PIS-ABONO 2017 ESTA

DISPONIVEL. O PAGAMENTO DO ABONO 2016

FOI REABERTO DE 27/07 A 26/12/2017.

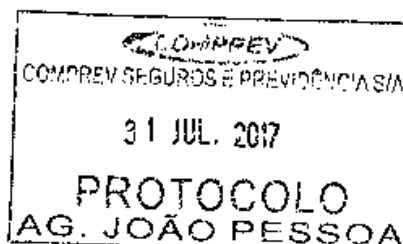
"Pense antes de imprimir, conserve o meio
ambiental! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01310.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01310.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:47 horas do dia 20 de julho de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Cleodon Ferreira da Silva, Agente de Investigação, matrícula 1372424, ao final assinado, compareceu Maria Jose da Silva, CPF nº 701.053.554-02, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão do Lar, filho(a) de Maria da Luz Silva e Artur Raimundo da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 01/05/1966 (51 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jose Jeronimo, Nº 60, complemento casa, bairro Mandacaru, tendo como ponto de referência Igreja Batista, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98700-4693.

Dados do(s) Fatos:

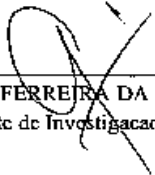
Local: Outros, João Pessoa/PB, bairro Mandacaru; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/02/17 06:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

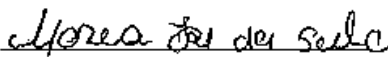
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

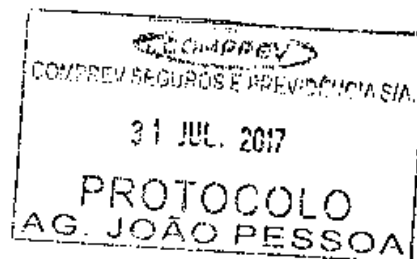
QUE FOI ATROPELADA POR UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO SENDO SOCORRIDA POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS DE MANGABEIRA, CONFORME CERTIDÃO EXPEDIDA PELA DRA. ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA CRM PB 3883, DATADA 15/05/2017.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 20 de julho de 2017.


CLEODON FERREIRA DA SILVA
Agente de Investigação


MARIA JOSE DA SILVA
Noticiante



Procedimento Policial: 01310.01.2017.1.00.420

1/1



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MANOIA JOSE DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 3.301.399-PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 701.053.554-02, residente e domiciliado na RUA JOSE GENONIMO DO LIMA, 60, RUA-DACIAN, Cidade JOAS PESSOA, Estado PARNÍBA, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (☒) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Xelbada de Seclaa

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JOAS PESSOA, 26/07/2017.

Local e data



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY
Data: 23/02/2017
PWA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
Hora: 07:33:01
54056-324 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
Recepcionista: ADRIANA DA SILVA
EAX: () - CNPC: Clínica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE
Nome: MARIA JOSE DA SILVA
Num. de vezes atendido: 1
CNS: 700008447291302 Sexo: F IDENTIDADE: 3301399 Fone: 987004693
Num. Prontuario: 2017.02.004929

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/05/1966 Id: 50 ano(s)

End.: RUA JOSE GERONIMO DE LIRA, 60
Bairro: MANDACARU Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mãe: MARIA DA LUZ SILVA Pai: ARTUR RAIMUNDO DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: DOMESTICA (DONA-DE-CASA) Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA
Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

Resp.: RESPONSÁVEL FERNANDO RODRIGUES

Tel/Doc. Responsável: 98397487 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedência: RUA

Comprovação de ato declaratório



Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Vítima de acidente por: ATROPELAMENTO POR CARRO
Vítima de violência por: EM MANDACARU HO AS 6/30
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

TA:	FR:	[]	Aparentemente Bem	[]	Grave
EC:	TP:	[]	Politraumatizado	[]	Convulsao
Peso:	Altura:	[]	Hemorragia	[]	Dispnoea
Glicemia:	IMC:	[]	Diarreia	[]	Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[]	Regular	[]	Chocado
		[]	Vomito		

Queixa Principal

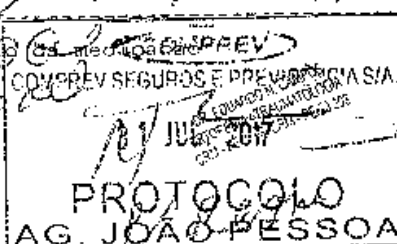
Observacao

Historia - Exame Fisico - (Hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescrição



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: 18/08/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA JOSE DA SILVA

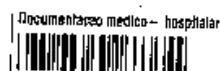
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000036607-9

Nr. da Autenticação 24D9D07328F185A6





SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

CERTIDÃO

Nº. 0576/2017

Atendendo solicitação de **MARIA JOSÉ DA SILVA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 8703 e pertencente à mesma que foi atendido dia 23/02/2017 às 07H33min, paciente vítima de atropelamento por carro, apresentando trauma em antebraço direito.

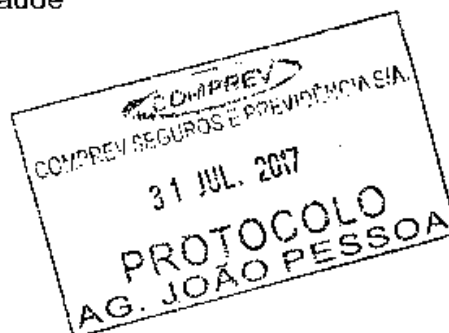
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura punho direito. Submetida a redução de punho direito, medicada e liberada.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 15 de maio de 2017

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB-3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	fls. 1/2
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO PACIENTE		4 - Nº DO PROFISSIONÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		6 - DATA DE NASCIMENTO	
7 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		8 - GÊNERO	
9 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		10 - TELEFONE DE CONTATO	
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		12 - CEP	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
13 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		14 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		16 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
17 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		18 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
19 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		20 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		24 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		26 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO		30 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)			
31 - INDICAÇÃO DIAGNÓSTICA		32 - CID-10 PRINCIPAL	
33 - OBSERVAÇÕES		34 - CID-10 SECUNDÁRIO	
35 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS		36 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITANTE			
37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		38 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
39 - DOCUMENTO		40 - ASSINATURA E CARIMBO DE REGISTRO DO CONSELHO	
41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		42 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
49 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC		50 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	
CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			
51 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		52 - Nº DO ESTABELECIMENTO	

31 JUL. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Maria José da Silva portador(a) da
identidade RG 3384399 que o(a) mesmo(a)
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 9:00 horas, portador(a) da
patologia CID-10 S526, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 120
dois meses dias, a partir desta data.

João Pessoa, 23/02/17

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

Suelio Ramos de Assunção
ORTOPEDIA - CRM-PB 1595
CN 18522537487034

AUTORIZAÇÃO

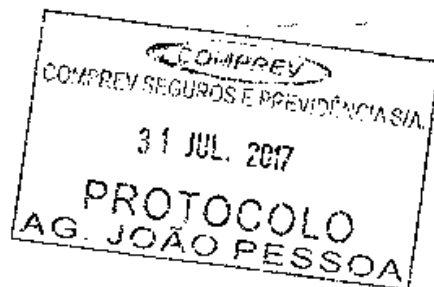
Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA - PACIENTE

2ª VIA - ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua do Fiscal José Costa Duarte, 574, CEP 58058-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.






CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Luiz for

DATA DO ATENDIMENTO: 23/24/17

Nº PRONTUÁRIO: _____ D FICHA: _____

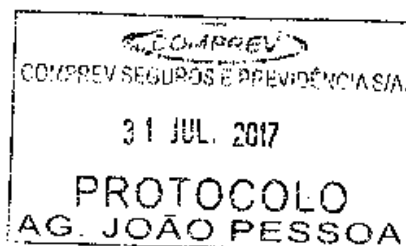
MÉDICO (CARIMBO): _____

DIAGNÓSTICO: FA Rodo

PROCEDIMENTO: Quil
RI

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.

Dr. Suelio
Torres



Documentos de Identificação



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.301.399 - 2ª VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	28/06/2016
NOME	MARIA JOSÉ DA SILVA
FILIAÇÃO	ARTUR RAMUNDO DA SILVA MARIA DA LUZ SILVA
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB
DATA DE NASCIMENTO	01/05/1966
DOC. ORIGEM	CERT. NASC. Nº 27606 - LIVRA 44 - FLS. 32 - CARTÓRIO 4º JOÃO PESSOA-PB
Nº	701 053.554-02
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 13:29:25	

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
31 JUL. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **MARIA JOSE DA SILVA** Sinistro: **3170424908** Data: **23/02/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **rua josé geronimo de lira, 60, CASA - MANDACARU - João Pessoa - PB - CEP 58027-633**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp / PB**] **3301399**

Data local do exame: [**14/08/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura de raios distal direito. Acidente em 23/02/2017 submetido a redução incruenta e gesso . Ao exame :Edema em punho direito com limitação de 50% de dorsoflexao de punho direito .

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
Acompanhamento ambulatorial e alta no mesmo dia

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação motora

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Punho direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 13:29:25

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100613292462400000033598100

Número do documento: 20100613292462400000033598100

Num. 35158216 - Pág. 15

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170424908 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 23/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de rádio distal direito

Descrição do exame médico pericial: Ao exame : Edema em punho direito com limitação de 50% de dorsoflexão de punho direito .

Resultados terapêuticos: Acidente em 23/02/2017 submetido a redução incruenta e gesso. Acompanhamento ambulatorial e alta no mesmo dia.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do punho direito em grau médio.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 14/08/2017

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau médio do punho devido à limitação da mobilidade articular.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Moraes Lima

CRM do médico: 5769

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: JULIO O MOZES

CRM do médico: 20462

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



DECLARAÇÃO

Outros



Fu. MANIA JOSÉ DA SILVA

RG 3.301.399-2 - 2ª VIA - PB, CPF 701.053.554-02

, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre em 23/02/17 fui socorrido por CARRO PROPRIO

e levado ao Hospital COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGA BEIRA

Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC - 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve ocorrência no local do acidente tão pouco foi instaurado inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou a inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para a confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro, vejamos:

"Comunicação falsa de crime ou de contravenção

Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado:

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa".

Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação/declaração falsa prestada poderá incorrer nas penas conforme o Art. 299 do código Penal Pátrio:

Falsidade ideológica

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

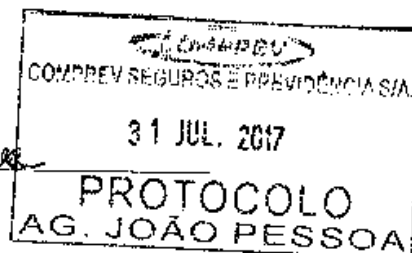
Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Local: JOÃO PESSOA UF: PB Data 27/07/2017

Mania José da Silva

Declarante



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170424908 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA JOSE DA SILVA **Data do acidente:** 23/02/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/08/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE PUNHO DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08082992320188152001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MARIA JOSE DA SILVA**, 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 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.



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,

JOAO PESSOA, 2 de outubro de 2020.

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





**ESTADO DA PARAÍBA
PODER JUDICIÁRIO
TRIBUNAL DE JUSTIÇA
COMARCA DA CAPITAL
9ª VARA CÍVEL
FÓRUM DESEMBARGADOR MÁRIO MOACYR PORTO
AV. JOÃO MACHADO S/N - 4º ANDAR – JAGUARIBE
CEP.58.013-520 – JOÃO PESSOA PB
TELEFONE: (83) 3208-2479**

ALVARÁ Nº 560 /2020

PROCESSO Nº 0808299-23.2018.8.15.2001

O(A)Excelentíssimo(a) Senhor(a) Doutor(a) **ADRIANA BARRETO LOSSIO DE SOUZA Juíza de Direito da 9ª Vara Cível da Capital**, do Estado da Paraíba, por este Alvará, estando devidamente assinado, AUTORIZA a pessoa abaixo qualificada, que deverá se identificar, a proceder o levantamento da importância inframencionada, que se encontra depositada judicialmente.

BENEFICIÁRIO: TIAGO MARTINS FORMIGA CPF: 051.447.734-27

BANCO DO BRASIL S/A CONTA JUDICIAL ID: 0300111524726

R\$ 200,00 (DUZENTOS REAIS), COM OS ACRÉSCIMOS DEVIDOS.



DEVE A ALUDIDA INSTITUIÇÃO FINANCEIRA PROCEDER EM CONFORMIDADE COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, DISPENSADA A APRESENTAÇÃO DE VIA IMPRESSA DESTE ALVARÁ COM ASSINATURA FÍSICA DO JUIZ, DEVENDO SER VERIFICADA A AUTENTICIDADE DESTA ORDEM JUDICIAL ATRAVÉS DO SÍTIO "HTTPS://PJE.TJPB.JUS.BR/PJE/PROCESSO/CONSULTADOCUMENTO/LISTVIEW.SEAM", BASTANDO, PARA TANTO, SER FORNECIDO O CÓDIGO NUMÉRICO QUE SE ENCONTRA NO RODAPÉ DESTE DOCUMENTO (CÓDIGO DE BARRAS). O QUE CUMpra-SE NA FORMA E SOB AS PENAS DA LEI. DADO E PASSADO NESTA CIDADE DE JOÃO PESSOA-PB, E EMITIDO EM 5 DE OUTUBRO DE 2020. O PRESENTE DOCUMENTO FOI REDIGIDO PELO(A) SERVIDOR(A) FAGNER VIEIRA ALVES, TECNICO JUDICIARIO, E ASSINADO ELETRONICAMENTE PELO(A) EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) JUIZ(ÍZA) DE DIREITO ABAIXO DISCRIMINADO(A).

ADRIANA BARRETO LOSSIO DE SOUZA
Juíza de Direito

- 1- Havendo coincidência do número do processo, do CPF e do nome da parte beneficiária, eventual divergência em relação ao órgão jurisdicional (juizado) no campo "Órgão/Vara", deverá ser considerada mera irregularidade que não impedirá a liberação do alvará;
- 2- Os cálculos referentes à sucumbência segue a mesma regra/fórmula das Turmas Recursais;
- 3- Só será válido o pagamento por procuração se esta contiver poderes especiais e específicos, com expressa referência aos dados do processo e valor deste alvará (art. 661, § 1º do CCB), além do reconhecimento da firma do outorgante, se a procuração for particular (art. 654, § 2º, do Código Civil Brasileiro).

