



Número: **0807176-53.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **15/02/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CARLIETE LOPES SOARES (AUTOR)	JOELMA ARAUJO SARAIVA DE ANDRADE (ADVOGADO) ANA KAROLINA SIMOES DE ALMEIDA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
49308 990	30/09/2021 10:48	Embargos de Declaração	Embargos de Declaração
49308 994	30/09/2021 10:48	2653720_EMBARGO_DECLARACAO_SENTENCA_TA_INST_Anexo_02	Outros Documentos
49308 996	30/09/2021 10:48	2653720_EMBARGO_DECLARACAO_SENTENCA_TA_INST_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/09/2021 10:48:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21093010485489200000046790643>
Número do documento: 21093010485489200000046790643

Num. 49308990 - Pág. 1



Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: CARLIETE LOPES SOARES

Nº Sinistro: 3180067341
Vitima: CARLIETE LOPES SOARES
Data do Acidente: 05/01/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180067341**.

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 12382149



Pag. 01645/01646 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: CARLIETE LOPES SOARES
Nº Sinistro: 3180067341
Vitima: CARLIETE LOPES SOARES
Data do Acidente: 05/01/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180067341**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

Pag. 002/77/00278 - carta_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **MBM SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 12384365





Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: CARLIETE LOPES SOARES

Nº Sinistro: 3180067341
Vitima: CARLIETE LOPES SOARES
Data do Acidente: 05/01/2016
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180067341**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **05/01/2016**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00825/00826 - carta_04 - INVALIDEZ

00660413

Carta nº 12667532



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/09/2021 10:48:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21093010485540400000046790647>
Número do documento: 21093010485540400000046790647

Num. 49308994 - Pág. 3



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA JURÍDICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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:

Este formulário destina-se, exclusivamente, ao pedido de **Reembolso de Despesas Médicas** pagas por Pessoa Jurídica proprietária de veículos da **Categoria 3 e 4**, conforme determina o Cod. Civil no termos do **Art. 346, III.** A conta informada precisa estar regularizada, ativa, desbloqueada ou sem impedimento para crédito do reembolso.

É necessário anexar cópia dos documentos de identidade, CPF, Comprovante de Residência do(s) Responsável(is) Legal(is) da Empresa, Contrato Social, Cartão do CNPJ, e o Termo de Quitação disponível para impressão no endereço abaixo:

<https://www.seguradoralider.com.br/Documents/documentos/Termo-de-declaracao-quitacao-para-categoria-3-4.pdf>

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 065.829.874/70	Nome completo da vítima Carliete Bopas Soares
Razão Social	Número CNPJ	
Atividade Principal	Telefone	
Nome Completo do Sócio, Administrador ou Responsável Legal signatário(a) da presente		CPF
Endereço da Empresa	Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado
Email		Telefone (DDD)

Declaro(amos), sob as penas da lei e para fins de prova de logradouro junto a Seguradora Líder – DPVAT, que o endereço cadastral da empresa é o descrito acima. Segue, em anexo, uma cópia do comprovante do endereço informado.

INFORMAÇÕES DA SITUAÇÃO PATRIMONIAL, FINANCEIRA E BANCÁRIA

PATRIMÔNIO LIQUÍDO (R\$) _____ FATURAMENTO MÉDIO MENSAL (R\$) _____
 RECUSO INFORMAR

<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)		
AGÊNCIA NRO. 0729	D/V <input type="checkbox"/>	CONTA NRO. 34510 0
(Informar dígito se existir)		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)		
BANCO Name _____ NRO. _____		
AGÊNCIA NRO. <input type="checkbox"/>	D/V <input type="checkbox"/>	CONTA NRO. <input type="checkbox"/>
(Informar dígito se existir)		

Declaro(amos) que os dados bancários são de titularidade da empresa e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo(amos) a Seguradora Líder a efetuar o pagamento do reembolso do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta.

Após efetivado o crédito, reconheço(emos) e dou(amos) plena quitação do valor reembolsado.

João Pessoa 22 de Janeiro de 2018
Local e Data

MBM SEGURADORA
08 FEV 2018

Carliete Bopas Soares
Assinatura do Beneficiário



AUTO-ATENDIMENTO - AG MANAIRA SHOP
DATA: 27/12/2017 HORA: 15:15:30
TERMINAL: 07291001 CONTROLE: 072910010305

AGÊNCIA: 0729 - MANAIRA SHOPPING
CONTA: 013.00034510-0
CLIENTE: CARLIETE LOPES SOARES

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

MOVIMENTAÇÃO	DATA	NR_DOC	HISTÓRICO	VALOR
--------------	------	--------	-----------	-------



MBM SEGURADORA
08 FEV 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/09/2021 10:48:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21093010485540400000046790647>
Número do documento: 21093010485540400000046790647

Num. 49308994 - Pág. 5



Seguradora Líder • DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

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, Carliete Lopes Soares, PORTADOR(A) DO RG Nº 315 6369, EXPEDIDO POR SSP/PB, EM 30/09/2021, CPF 065 829 874-70 /CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO De lar, E RENDA MENSAL DE R\$ Receber (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Carliete L. Soares, 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 aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- 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 Lotéticas 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, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO 009 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0729 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00034510-0

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

João Pessoa, 06 de Março de 2018
LOCAL E DATA

Carliete Lopes Soares
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



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, obedecendo à 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](http://dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





AUTO-ATENDIMENTO - AG.MANAIRAS SHOPPING
DATA: 05/03/2018 HORA: 16:31:44
TERMINAL: 07291019 CONTROLE: 072910190431

AGÊNCIA: 0729 - MANAIRAS SHOPPING
CONTA : 013.00034510-0
CLIENTE: CARLIETE LOPES SOARES

SALDO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

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

DATA VALOR
02/03 0,00C

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

DATA VALOR
02/03 0,00C

RESUMO EM 02/03
SALDO

RESUMO DO DIA
SALDO BLOQUEADO
SALDO DISPONÍVEL
SALDO TOTAL

AUTO-ATENDIMENTO - AG.MANAIRAS SHOPPING
DATA: 05/03/2018 HORA: 16:30:56
TERMINAL: 07291019 CONTROLE: 072910190429

AGÊNCIA: 0729 - MANAIRAS SHOPPING
CONTA: 013.00034510-0
CLIENTE: CARLIETE LOPES SOARES

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

MOVIMENTAÇÃO
DATA NR.DOC HISTÓRICO VALOR

SALDO ANTERIOR

0,00C

Fevereiro

02/02 000000 REM.BASICA

0,00C

RESUMO EM 28/02

0,00C

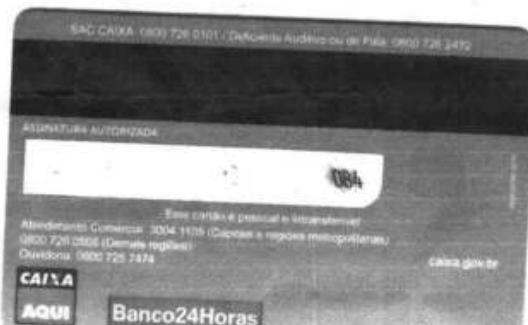
SALDO

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

"Pense antes de imprimir, conserve o meio ambiente! 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







Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/09/2021 10:48:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21093010485540400000046790647>
Número do documento: 21093010485540400000046790647

Num. 49308994 - Pág. 9



AUTO-ATENDIMENTO - AG MANAIRA SHOP
DATA: 27/12/2017 HORA: 15:15:30
TERMINAL: 07291801 CONTROLE: 072918010305

AGÊNCIA: 0729 - MANAIRA SHOPPING
CONTA: 013.00034510-0
CLIENTE: CARLIETE LOPES SOARES

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

MOVIMENTAÇÃO			VALOR
DATA	NR.DOC	HISTÓRICO	
		SALDO ANTERIOR	6,04C
Outubro			
02/10	000000	REM BASICA	0,00C
02/10	000000	CRED JUROS	0,03C
RESUMO EM 31/10			
		SALDO	6,07C

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

MBM Seguradora S/A

03 ABR 2018

DPVAT



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02171.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02171.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:51 horas do dia 04 de dezembro 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 José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Carllete Lopes Soares**, CPF nº 065.829.874-70, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Do Lar, filho(a) de Josefa Francisco Lopes e Luiz Carlos Caetano Soares, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 28/05/1988 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Luiz Gonzaga de Barros, Nº 505, bairro Bairro dos Ipês, tendo como ponto de referência Mercadinho Amor de Mãe, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98890-8081.

Dados do(s) Fatos:

Local: Dom Manoel Paiva, Empresa de Ônibus Mandacaruense, João Pessoa/PB, bairro Mandacaru/Jardim Mangueira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/01/16 19:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE no dia 05/01/2016, POR VOLTA DAS 19:00 horas a notificante estava atravessando a rua Dom Manoel Paiva em Mandacaru/PB , e neste momento o semáforo lhe dava permissão para atravessar, estando o sinal vermelho para os veículos; QUE a notificante ao tentar atravessar foi atropelada por um veículo tipo motocicleta, onde a notificante não lembra a marca nem sabe informar os dados do causador do atropelamento, vindo a mesma cair ao solo e ser socorrida pela ambulância do corpo de bombeiro, e levada ao Hospital de Trauma Senador Humberto Lucena, conforme laudo médico datado de 21/11/2017, assinado pelo médico Dr. Juan Jaime Alcoba Arce-CRM 3323/PB, que não quer representar criminalmente

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 04 de dezembro de 2017.

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

CARLIETE LOPES SOARES
Noticiante

MBM SEGURADORA
08 FEV 2018
Procedimento Policial: 02171.01.2017.1.00.420

1/1



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180067341 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLIETE LOPES SOARES **Data do acidente:** 05/01/2016 **Seguradora:** AUSTRAL SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO ENCEFÁLICO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES.

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 %

PRESTADOR

Líder- Serviços AMD

Nome do médico: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM do médico: 52.45228-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Barbiele Bentes Soares

CPF da Vítima

065.829.874-70

Data do Acidente

05/05/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MBM SEGURADORA
08 FEV 2018

Suelio Pessoa, 22 de Janeiro de 2018

Local e Data

Barbiele Bentes Soares

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

L.001 V001/2017





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

ACOLHIMENTO, sr - CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 891329



Identificação do paciente

ID 986337	Nome CARLIED LOPES SOARES			Sexo Feminino
Data de nascimento 28/05/1968	Idade 27 anos 7 meses 8 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe JOSEFA LOPES SOARES				Pai LUIZ LOPES SOARES
Ecolaridade MÉDIO COMPLETO				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988908081		DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento NAO INFORMADO	Número documento	Nº Cns		
Local de procedência MANDACARU				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB		
		CBO/R		

Endereço

CEP 58028856	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Lagradouro JOSÉ APRIGIO DOS SANTOS
Número S/N	Complemento		Bairro IPÊS

Admissão

Data e Hora Prevista 05/01/2016 19:20:46	Número da pulseira 173006	Convênio SUS
---	-------------------------------------	-----------------

Especialidade
CLINICA GERAL

Classificação de risco

Caráter de atendimento
URGENCIAMotivo do atendimento
ATROPELAMENTO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
----------------------	-----------------------	---------------------------	---------------

Meio de transporte

RESGATE - BOMBEIROS

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

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

Dados clínicos

TOMOGRAFIA
crânio
DATA: 09/01/16

TOMOGRAFIA
Crâneo SIC
DATA: 09/01/2016

Diagnóstico

Atendido por

JOSEFA BARBALHO FERNANDES

Imprimir

MBM SEGURADOR
08 FEV 2018

05/01/2016 19:23



Nai

05/01/16
2016

Pelo ofícios da
displacência do mto
q. pelo de consciênc.
Tz de acons: q. pat. cunha
Henrique subscritu
julho 05.
Ricardo Cunha
q. - obsequio pelo
mto.

A. CUNHA
038.000197



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

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Carliete Lopes Soares

DATA DE NASCIMENTO 25/08/88

NOME DA MÃE Josefa Francisco Lopes

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 92685

BOLETIM DE ENTRADA N.º 891329

DATA DO ATENDIMENTO 05/01/16

HORA DO ATENDIMENTO 19:20

MOTIVO DO ATENDIMENTO Atropelamento

DIAGNÓSTICO (S) TCE com HSA temporal

CID 10 S06.6

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de atropelamento por moto, trazido pelos bombeiros, apresentando perda de consciência no local, glasgow 15. Avaliado pela Neurocirurgia e internado para tratamento especializado.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC de crânio

RESULTADOS DOS EXAMES:

TC:HSA temporal

TRATAMENTO:

Tratamento conservador de trauma craniano

ALTA HOSPITALAR: 10/01/17

DATA DA EMISSÃO: 21/11/17

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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

MBM SEGURADORA
08 FEV 2018





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Primeiro Atendimento Médico

173006
CARLILDE LOPES SOARES BE.: 891329
DT. NASC.: 28/08/1988
NRE: JOSEFA LOPES SOARES
END.: JOS. H APR 1620 OS SANTOS
N. S/N - IP AS
JOGO PESSOA
FONE: (-)
CELULAR: (83) 988800001
IDMOB: 27
DT. ENTRADA: 05/01/2016 19:20:46

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

DADE:

DADOS CLÍNICOS – MECANISMOS DO TRAUMA

Paciente utma de rotulamento por moto, trazido pelos bombeiros. Apresentando perda de consciência no local. No momento, bondoso, epótoxe mero, consciente e orientado.

EXAME PRIMARIO

VIAS AÉREAS Pérvias Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: Sim Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA Sim Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA Sem dificuldade
 Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD	<input type="checkbox"/> Presente e normal <input type="checkbox"/> Rude <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente	HTE	<input type="checkbox"/> Presente e normal <input type="checkbox"/> Rude <input type="checkbox"/> Diminuído <input type="checkbox"/> Ausente
-----	---	-----	---

2 - RUIDOS

FR:	<input type="checkbox"/> sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	HTD	Roncos Sibilos Estertores	HTE	Roncos Sibilos Estertores
-----	---	-----	---------------------------------	-----	---------------------------------

DÉFICIT NEUROLOGICO

Pupilas: Fotorreagente Paralisadas Isocôricas Anisocôricas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL			MELHOR RESPOSTA MOTORA
	ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)			
Espontânea	<input checked="" type="radio"/>	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	<input type="radio"/>	Obedece aos comandos <input checked="" type="radio"/>
À solicitação verbal	<input type="radio"/> 3	Confuso / Chora, mas é consolável	<input type="radio"/> 4	Localiza a dor <input type="radio"/>
Ao contínuo estímulo	<input type="radio"/> 2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	<input type="radio"/> 3	Retira o Membro <input type="radio"/>
Nenhuma	<input type="radio"/> 1	Sons incompreensíveis / Inquieto	<input type="radio"/> 2	Flexão anormal (decorticação) <input type="radio"/>
		Nenhuma / Nenhuma	<input type="radio"/> 1	Extensão Anormal (decerebração) <input type="radio"/>
				Nenhuma <i>MBM SEGURADORA</i> <input type="radio"/>
TOTAL:				08 FEV 2018 <input type="radio"/>

F(NG).CC.001-1

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA:	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____	MEDICAMENTOS:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____			
IMUNIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____	PATOLOGIA	<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____			
ALIMENTOS INGERIDOS:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim: _____					
LOCAL DA LESÃO	Identifique o local com o número correspondente ao lado.					
		1 Abrasão 2 Amputação 3 Avulsão 4 Contusão 5 Crepitação 6 Dor 7 Edema 8 Empalamento 9 Efusão subcutânea 10 Esmagamento 11 Equimose 12 F. Arma Branca 13 F. Arma de Fogo 14 F. Contuso 15 F. Cortante 16 F. Corte-Contuso 17 F. Perfuro-Contuso 18 F. Perfuro-Cortante	19 Fratura Óssea Fechada 20 Fratura Óssea Aberta 21 Hematoma 22 Ingurgitamento Nervoso 23 Lacerção 24 Lesão Tendínea 25 Luxação 26 Mordedura 27 Movimento torácico paradoxal 28 Objeto Encravado 29 Otorragia 30 Paralisia 31 Paresia 32 Parestesia 33 Queimadura 34 Rinorrágia 35 Sinais de Isquemia 36			
OBS.:						
QUEIMADURA:	Superfície corporal lesada (regra da palma%)	% Graus de queimadura:	<input type="checkbox"/> 1º grau	<input type="checkbox"/> 2º grau	<input type="checkbox"/> 3º grau	
EXAMES SOLICITADOS	<input type="checkbox"/> Radiografias <input type="checkbox"/> Ultrassonografia (FAST) <input checked="" type="checkbox"/> Tomografia computadorizada				<input type="checkbox"/> Lavado peritoneal <input type="checkbox"/> Gasometria arterial <input type="checkbox"/> Tipagem sanguínea	
PROCEDIMENTOS REALIZADOS	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS 1. Atendimento inicial 2. Dímera 4 f + AD 61 3. Jalsol 40 mg + AD 61, Octapfen 100 mg + 100 ml IFO, 9% 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.				CÓDIGO <i>ASSINATURA/CARIMBO</i> <i>Alice Moreira 9518</i> <i>ADM-78</i>	
SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO	Solicito parecer da <u>PEURO</u> / _____ Solicito parecer da _____ / _____				às : _____ do dia / / às : _____ do dia / /	
DESTINO DO PACIENTE	DATA: _____ / _____ / _____ SAÍDA: _____ : _____ HORAS: _____				() Centro cirúrgico () Transferência (unidade de saúde) () Internado (setor) _____ () Alta hospitalar () Decisão médica () Óbito () Até 48 hs. () Após 48 hs.	() A pedido () A revalia () Desistência () Família () IML () SVO
<i>ASSINATURA/CARIMBO</i>		<i>ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL</i>				

F(N6).CC.001-1



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DE NEUROCIRURGIA

SERVIÇO

LARANJA

NOME: CARLIED LOPES SOARES BE:891329

DATA: 09/01/16

PREScriÇÃO MÉDICA

1. DIETA BRANDA
2. SRL 500 ML EV 8/8H
3. OMEPRAZOL 40 MG + AD EV 1X/DIA *06*
4. NAUSEDRON 8MG + AD EV 8/8H *16 24 08*
5. DIPIRONA 1G EV 6/6H *16 24 04 10*
6. TILATIL 40MG + AD EV 12/12H *16 04 10*
7. FISIOTERAPIA GLOBAL
8. CABECEIRA ELEVADA A 30 GRAUS
9. OBSERVAÇÃO DA CONSCIENCIA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: TCE

Alta hospitalar

Dr. Alécio C. S. Barcelos
Neurocirurgião CRM/PB 7104

PACIENTE DESCONHECE O QUE LHE ACONTECEU
EQUIMOSE PALPEBRAL BILATERAL

NO MOMENTO COM GLASGOW 15 E SEM CEFALEIA OU CERVICALGIA
TC CRANIO – FRATURA OCCIPITAL E HSA FRONTAL

CD: TC CONTROLE

OBS: Medicacão realizada com uscap

Erickson Bonifácio
Neurocirurgião
CRM 6005

nemoni 10.01.16 - 12h30

glasgow 15
s/ interconexão

MBM SEGURADOR
08 FEV 2018

TC cranio: 09/01: s/ hematomas
intracranianos

④ orientações

Dr. Alécio C. S. Barcelos
Neurocirurgião CRM/PB 7104

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DE NEUROCIRURGIA

SERVIÇO

NOME: CARLIED LOPES SOARES BE:891329

DATA: 07/12/15

PRESCRIÇÃO MÉDICA

1. DIETA BRANDA
2. SRL 500 ML EV 8/8H
3. OMEPRAZOL 40 MG + AD EV 1X/DIA
4. NAUSEDRON 8MG + AD EV 8/8H
5. DIPIRONA 1G EV 6/6H
6. TILATIL 40MG + AD EV 12/12H
7. FISIOTERAPIA GLOBAL
8. CABECEIRA ELEVADA A 30 GRAUS
9. OBSERVAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: TCE

PACIENTE DESCONHECE O QUE LHE ACONTECEU
EQUIMOSE PALPEBRAL BILATERAL
NO MOMENTO COM GLASGOW 15 E SEM CEFALEIA OU CERVICALGIA
TC CRANIO – FRATURA OCCIPITAL E HSA FRONTAL

OBSERVAÇÃO

Erickson Bonifácio
Neurocirurgião
CRM 6005

MBM SEGURADORA
08 FEV 2018



HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DE NEUROcirurgia

SERVIÇO

NOME: CARLIED LOPES SOARES BE:891329

DATA: 06/12/15

PREScriÇÃO MÉDICA

1. DIETA BRANDA
2. SRL 500 ML EV 8/8H
3. OMEPRAZOL 40 MG + AD EV 1X/DIA
4. NAUSEDRON 8MG + AD EV 8/8H
5. DIPIRONA 1G EV 6/6H
6. TILATIL 40MG + AD EV 12/12H
7. FISIOTERAPIA GLOBAL
8. CABECEIRA ELEVADA A 30 GRAUS
9. OBSERVAÇÃO DA CONSCIENCIA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: TCE

PACIENTE DESCONHECE O QUE LHE ACONTECEU
EQUIMOSE PALPEBRAL BILATERAL
ECG 14/15 COM CEFALEIA E CERVICALGIA
TC CRANIO – FRATURA OCCIPITAL E HSA FRONTAL?

SOLICITO RX CERVICAL

Dra. THAISE AGUIAR ELEFANT
NEUROCIRURGIA
SCLC

MBM SEGURADORA
08 FFV 2010





**CRUZ VERMELHA
-BRASILEIRA**

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

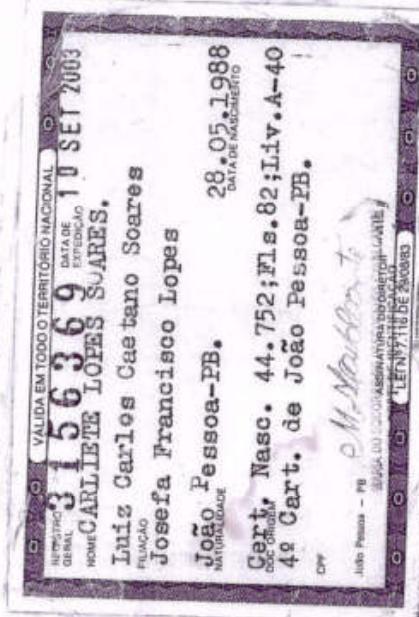
173006	BE.: 891329
CARLILLO LOPES SORRÉS	
DT. NASC.: 28/03/1968	
MRE: JOSEFR LOPES SORRÉS	
END: JOS # APR 1920 DOS SANTOS	
N. S/N - IP #5	
JORD PESSOA	
PHONE: ()	
CELULAR: (83) 3888900081	
IDONCE: 27	
DT. ENTRADA: 06/01/2014 19:20:46	

ANALISADORES

8.8.FEV.2016

E(NG) ENE.018-1





MBM SEGURADORES
08 FEV 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/09/2021 10:48:56
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2109301048554040000046790647>
Número do documento: 2109301048554040000046790647

Num. 49308994 - Pág. 23



O MBM está ao seu lado
para garantir este direito.

Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos

INVALIDEZ PERMANENTE

Vítima: Bárbara Bentes Soares

Documentos básicos – Da vítima e do acidente.

- Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial;
- Documento de identificação;
- CPF da vítima;
- Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (BAM);
- Relatório médico descrevendo as lesões, documentação médica;
- Laudo do Instituto Médico Legal – IML;
- Declaração de inexistência do IML na localidade do evento;
- Comprovante de residência da vítima/declaração de residência;
- Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização. (Comprovante bancário)

Representante legal - se houver.

- Documento de Identificação/RG e CPF;
- Comprovante de residência ;
- Curatela;
- Tutela;
- Alvará Judicial;
- Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro – Circular SUSEP nº 445/12.

Procurador - se houver.

- Procuração; Cautent(az)
- Documento de Identificação/RG e CPF do Procurador;
- Comprovante de residência;
- Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro – Circular SUSEP nº 445/12.

Data: 22/01/18

Assinatura: Gina Karolina Simão de Almeida

MBM SEGURADORA
08 FEV 2018



Nº695674





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08071765320198152001

EMBARGOS DE DECLARAÇÃO

Ante os fundamentos a seguir:

DO ERRO MATERIAL

Sem adentrar ao mérito da decisão, informa a V. Exa. que constou na parte dispositiva desta o seguinte:

ISTO POSTO e mais que dos autos consta, no mérito, rejeito a preliminar e, no mérito, JULGO PROCEDENTE EM PARTE a pretensão autoral, para condenar a seguradora a pagar o valor de R\$ 6.750,00 (seis mil, setecentos e cinquenta reais), acrescido de correção monetária pelo INPC, a partir de 15/01/2016, e de juros moratórios de 1% ao mês, a partir da citação, extinguindo o feito com julgamento de mérito a teor do art. 487, inc. I, CPC.

Condeno a seguradora ao pagamento das custas e honorários advocaticios que fixo em 20% sobre o valor da condenação.

Publicada e intimados os presentes nesta audiência, registre-se esta sentença.

Ocorre a d. decisão não pode prosperar, eis que considerando os termos do d. *decisum*, fica inteligível que na verdade pretendia o julgador, tendo em vista que constou como marco inicial para a contagem da correção monetária a data de 15/01/2016, quando na verdade o sinistro ocorreu em 05/01/2016.

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/09/2021 10:48:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21093010485642100000046790649>
Número do documento: 21093010485642100000046790649

Num. 49308996 - Pág. 1

Assim, *data vênia*, esta parte da decisão, nestes termos, restou conflitante com a cadeia de raciocínio expressada, fazendo crer que apenas por falha material constou data equivocada, ensejando, portanto, que possam ser admitidos como pertinentes e oportunos os presentes embargos de declaração.

São essas as razões pelas quais a embargante confia, espera destarte, se digne Vossa Excelência de receber os presentes Embargos de Declaração, deles conhecendo, para afinal, julgando-os procedentes, corrigir o erro material se assim o entender, ou, explicitar sobre os fundamentos expendidos, aclarando o julgado.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 29 de setembro 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.joaoabarboasadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/09/2021 10:48:56
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21093010485642100000046790649>
Número do documento: 21093010485642100000046790649

Num. 49308996 - Pág. 2