



Número: **0837574-80.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **10/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 5.400,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS (AUTOR)		ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37967825	17/12/2020 11:11	Petição	Petição
37967846	17/12/2020 11:11	2661617_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
37967848	17/12/2020 11:11	2661617_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 30 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190297134

Vítima: JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00285/00286 - carta_03 - INVALIDEZ

00050143



Carta nº 14249228





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, 30 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190297134

Vítima: JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14250534





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, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190297134

Vítima: JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000000774**

Conta: **0000042360-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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, retorne 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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0143487/39 CPF da vítima: 085.894.334-47 Nome completo da vítima: João Paulo Duarte dos Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: João Paulo Duarte dos Santos CPF: 085.894.334-47
Profissão: U INFORMOU Endereço: Rua do Rio Número: 314 Complemento:
Bairro: Centro Cidade: Itimbu Estado: PB CEP: 58324000
E-mail: (83)991428029

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0774 CONTA: 42360 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa 09/04/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JOÃO PAULO DUARTE DOS SANTOS
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

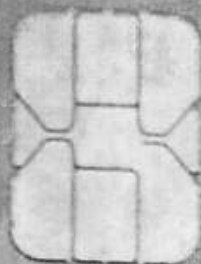
TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

--- CESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



CAIXA
POUPANÇA

603689 0010 57811 9091

6036

VALID THRU
04/21

JOAO PAULO DUARTE SANTOS
0774 013 00042360-3

MasterCard
débito





BOLETIM DE OCORRENCIA nº 235/2019

Versando Sobre: ACIDENTE

Data do ocorrido: 04/11/2018 no período da noite

DATA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO: 23/04/2019 ÀS 11h10min

AUTORIDADE POLICIAL : FRANCISCO BASILIO RODRIGUES

Nome : JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Joao Pessoa - PB

Data de nascimento: 10/11/1988

Estado Civil: Solteiro

Profissão:

CPF 085.894.334-47

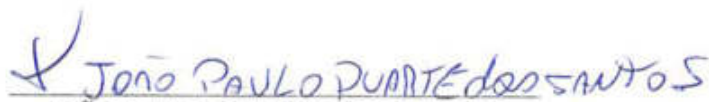
RG : 3.551.886 SDS/PB

Filiação: Jose Carlos Nunes dos Santos e Laize Duarte Ribeiro e pai não declarado

Endereço: Rua Dr. João Gonçalves, S/N – Pitimbu – PB (próximo ao Campo)

Telefone: 83. 9 9193.4856

AFIRMA O NOTIFICANTE, QUE, no dia 04/11/2018 no período da noite, estava conduzindo a motocicleta HONDA CG 160 TITAN, PLACA PDM 6524, ano /modelo 2018, CHASSI 9C2KC2210JR022763, RENAVAM 1148242756, DE COR VERMELHA, DE PROPRIEDADE DE FAUSTINO ALEXANDRE FERREIRA FILHO, CPF 960.275.924-00 quando nas mediações da MAPAL, neste município de Pitimbu/PB, sofreu um acidente, pois colidiu na lateral de um veículo não identificado, perdendo o controle da motocicleta e atingiu um muro de uma residência; QUE, desmaiou no local e não recorda de mais nada, voltando a consciência no Hospital de Trauma da cidade de Joao Pessoa / PB; QUE, sofreu fraturas múltiplas da face, CID 10 S 00.9 + S 02. QUE, recebeu alta hospital em 09/11/2018 conforme Laudo Medico em anexo; QUE, não é habilitado. QUE, **Ciente da penalidade prevista no Artigo 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica).**


JOÃO PAULO DUARTE DOS SANTOS


Comissária de Polícia civil





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0143487/99 CPF da vítima: 085.894.334-47 Nome completo da vítima: JACAR PAULO DUARTE DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: JACAR PAULO DUARTE DOS SANTOS CPF: 085.894.334-47
Profissão: V INFORMOU Endereço: Rua do Rio Número: 311 Complemento:
Bairro: Centro Cidade: Pitimbu Estado: PB CEP: 583.24.000
E-mail: Tel. (DDD): 1831991428028

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0734 CONTA: 42360 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: JACAR PAULO 09/04/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

JACAR PAULO DUARTE DOS SANTOS
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

29 ABR 2019

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

CESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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: 05/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00774

CONTA: 000000042360-3

Nr. da Autenticação DC5FE694BE11F274





Emissão: 26/09/2018 Referência: Seti / 2018
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BAIXA REND.
Rotas: 16 - 18 - 243 - 1430 12 me/dia

ENERGISA PLAZA - DISTRIBUCION DE ENERGIA SA
Km 25 - C/da Redonda - Jate Pessas / PB - CEP 59071-000
CNPJ 09.596.103/0001-40 - Tel: 33 315.102-0

Nota Fiscal: Conto de Energia Elétrica Nº 12.973.449
Cód. para Dib. Automática: 00012621962

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2018	25/09/2018	25/10/2018	012.923.144-43 univ. Est

UC (Unidade Consumidora): 5/1362196-6

Canal de contato

* Tabela Especial de Energia Elétrica - TSEE (anexo da Lei nº 10.438, de 25 de abril de 2002).

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
27/08/18	10816	26/09/18	10833	1	118	29

Demonstrativo

Ordem	Descrição	Quantidade	Valor Unit. Est.	Valor Unit. Conv.	Valor Unit. Conv. (R\$)	Valor Unit. Conv. (R\$)	Valor Unit. Conv. (R\$)	Valor Unit. Conv. (R\$)	Valor Unit. Conv. (R\$)	
0001	Consumo de 330W/h-BR	20.000	0,291350	5,84	5,84	27	2,38	2,44	0,27	0,31
0001	Consumo - 31 e 100W/h-BR	70.000	0,497926	34,78	32,78	27	9,11	21,78	0,27	1,28
0001	Consumo - 101 e 220W/h-BR	18.000	0,723480	13,02	12,02	27	9,11	13,02	0,10	0,48
0001	Adic. B. Vermais			4,96	4,99	27	1,29	4,69	0,04	0,16
0001	Subsídio			48,95	48,95	27	10,88	48,95	0,39	1,74
LANÇAMENTOS - SERVIÇOS										
0001	CONTRIBUIÇÃO LUM.PUBLICA			11,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0001	Desenvolvimento Subsídio			32,15	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

COD. Descrição de Classificação do Item	TOTAL	65,02	107,16	28,52	107,16	0,48	1,00
---	-------	-------	--------	-------	--------	------	------

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
122	02/10/2018	R\$ 86,02

Histórico de Consumo (kWh)

130	119	127	110	110	126	128	124	127	127	119	118
Sept17	Oct17	Nov17	Dec17	Jan18	Feb18	Mar18	Apr18	May18	Jun18	Jul18	Aug18

2265 50b3.dbea.6fad.bbf0.16f0.b8fe.6b54

Indicadores de Qualidade 7/2019-García

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
QUIMÉNTAL	4,87	0,00		
QUIMÉSTRAL	11,24		NORMAL	22
QUIMIAL	22,89			
QUIMÉNTAL	2,48	0,00	CONTRATADO	20
QUIMÉSTRAL	0,37		Limite inferior	20
QUIMÉNTAL	13,95		Limite superior	21
QUIMÉNTAL	2,48	0,00		
QUIMÉNTAL	2,48			
QUIMÉNTAL	2,48			

Campaigns to Consumers

Discriminação	Valor (R\$)	%
Demais de Dret. da Energia Elétrica	11,40	12,88
Demais de Energia	2,41	2,75
Serviço de Transmissão	4,51	5,12
Energia Perda	0,00	0,00
Impostos Diretos e Encargos	0,00	0,00
Outros Serviços	44,78	50,35
Total	88,60	100,00

Value of E-SD (Ref. 7, 2010) Ref. 7/10

ATENÇÃO

[illegible]

Faturas em atraso

Agg/18 81.92

PARAISA
ENFERMAGEM
 Rocio: 15 - 12 - 242 - 1400
 Matricula: 1382124-2016-04-7

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
02/10/2018	R\$ 86.02

83650000000-2 86020054000-0 13621962018-6 09700019019-5



DECLARAÇÃO

João Paulo Duarte dos Santos, Brasileiro, Solteiro, Natural de João Pessoa, portadora do CPF: 085.894.334-47, declaro que o proprietário do veículo envolvido no acidente que sofreu no dia 04 de Novembro de 2018, recusa a assinar a "Declaração de Proprietário do Veículo" que a Seguradora Lider exige.

Solicito que substituam a declaração de Proprietário do Veículo por essa declaração, visando o recebimento do Seguro DPVAT.

Pitimbu, 17 de maio de 2019

JOÃO PAULO DUARTE DOS SANTOS

João Paulo Duarte dos Santos



DECLARAÇÃO

João Paulo Duarte dos Santos, Brasileiro, Solteiro, Natural de João Pessoa, portadora do CPF: 085.894.334-47, declaro que o proprietário do veículo envolvido no acidente que sofreu no dia 04 de Novembro de 2018, recusa a assinar a "Declaração de Proprietário do Veículo" que a Seguradora Lider exige.

Solicito que substituam a declaração de Proprietário do Veículo por essa declaração, visando o recebimento do Seguro DPVAT.

Pitimbu, 17 de maio de 2019

JOÃO PAULO DUARTE DOS SANTOS

João Paulo Duarte dos Santos



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

P-900

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



João Paulo Duarte dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

DATA DE
EXPEDIÇÃO

NOME 3.551.886

14/06/2007

JOÃO PAULO DUARTE DOS SANTOS

FILIAÇÃO

JOSÉ CARLOS NUNES DOS SANTOS
LAIZE DUARTE RIBEIRO

NATURALIDADE

DATA DE NASCIMENTO

DOADOR PESSOA-PB

10/11/1988

NASC.N.4203 FLS.535 LIV.A 4

CPF CARTORIO PITIMBU PB

João Pessoa PB

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013814744887
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1148242756 ANO 2018

FAUSTINO ALEXANDRE FERREIRA FILH

CONDADO-PE

960.275.924-00

PDM6524

9C2KC2210JR022763

PAR MOTOCICLETA

ALCO/GASOL

HONDA/CG 160 TITAN

ANO FAB 2018 ANO MOD 2018

2P/162CL

PARTIC

VERMELHA

IPVA 2018 QUITADO

1ª*****

FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS

2ª*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

AL. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

CONDADO-PE

06/04/18

Charles Andrews Sousa Eibeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS E MATERIAIS
AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESAR
TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

PE Nº 013814744887 BILHETE DE SEGURO DPVAT

FAUSTINO ALEXANDRE FERREIRA FILH

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

CONDADO-PE

2018

06/04/18

960.275.924-00

PDM6524

1148242756

HONDA/CG 160 TITAN

2018

09

9C2KC2210JR022763

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 05.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190297134 **Cidade:** Pitimbu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO LEVE
FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO À DIREITA.
FRATURA NA PAREDE ANTERIOR DO SEIO MAXILAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO (PLACA E PARAFUSOS). P.9
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SEIO MAXILAR (PLACA E PARAFUSOS). P.9
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA CAVIDADE ORAL.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL LESÃO RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA João Paulo Duarte do Santos
 DATA DO ACIDENTE 09/11/2018 CPF DA VÍTIMA 085.844.334-47
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua do Rio
 Nº 512 COMPLEMENTO Centro BAIRRO Centro
 CIDADE Itumbiara UF GO CEP 73324000
 E-MAIL 931.991928028 TELEFONE

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM decorrência DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 29/04/2019
 IDENTIDADE 3.551.886
 ASSINATURA JOÃO PAULO D. DOS SANTOS

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/12/2020 11:11:48

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121711114804800000036214341>

Número do documento: 20121711114804800000036214341

Num. 37967846 - Pág. 16

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190297134 **Cidade:** Pitimbu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO À DIREITA.
FRATURA NA PAREDE ANTERIOR DO SEIO MAXILAR À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO (PLACA E PARAFUSOS). P.9
TRATAMENTO CIRÚRGICO DO SEIO MAXILAR (PLACA E PARAFUSOS). P.9
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ÂNGULO DE ABERTURA DA CAVIDADE ORAL.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL LESÃO RESIDUAL DE ESTRUTURAS CRÂNIO-FACIAIS.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143481/19

Número do Sinistro: 3190297134

Vítima: JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

CPF: 085.894.334-47

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 04/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/05/2019
Nome: JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS
CPF: 085.894.334-47

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/05/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0143481/19

Vítima: JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

CPF: 085.894.334-47

Seguradora: ALFA SEGURADORA

Data do acidente: 04/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS : 085.894.334-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/04/2019
Nome: JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS
CPF: 085.894.334-47

JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/04/2019
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08375748020198152001

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 **JOAO PAULO DUARTE DOS SANTOS**, 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\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, 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, 15 de dezembro 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

