



Número: **0818238-27.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/03/2018**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JAILTON AMAMCIO DA SILVA (AUTOR)	ANA RAQUEL DE SOUSA E SILVA COUTINHO (ADVOGADO) FABIO CARNEIRO CUNHA LIMA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36846 620	19/11/2020 11:51	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
36846 621	19/11/2020 11:51	<a href="#"><u>2664564_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
36846 623	19/11/2020 11:51	<a href="#"><u>2664564_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:51:18  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911511870900000035168242>  
Número do documento: 20111911511870900000035168242

Num. 36846620 - Pág. 1

---

Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **JAILTON AMAMCIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180043438**  
Vitima: **JAILTON AMAMCIO DA SILVA**  
Data do Acidente: **15/02/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180043438**.

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 122297891



Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **JAILTON AMAMCIO DA SILVA**  
Nº Sinistro: **3180043438**  
Vitima: **JAILTON AMAMCIO DA SILVA**  
Data do Acidente: **15/02/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180043438**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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](http://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 12313647



---

Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JAILTON AMAMCIO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180043438**  
Vitima: **JAILTON AMAMCIO DA SILVA**  
Data do Acidente: **15/02/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180043438**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos 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.

Pag. 00117/00118 - carta\_16 - INVALIDEZ



**Atenciosamente.**

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13164791





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - 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 PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

1715759004-241 Saiton Amancio da Silva

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Saiton Amancio da Silva	715759004-241	Estudante
Endereço	Número	Complemento
Rua do Cauêpo	39	
Bairro	Estado	CEP
Centro	Paráiba	58255000
Email	Telefone (DDD)	
	83999154097	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input checked="" type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos):	
<input checked="" type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> BANCO (Nome)	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		SINCOR/PB	
AGÊNCIA NRO.	DIV.	AGÊNCIA NRO.	DIV.
0038		320810	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

*Suelio Moreira* 12 de dezembro de 2017

Local e Data

*Saiton Amancio da Silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

*Vanuane Franco da Silva*

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

*07/2001*

CATXA ECONOMICA FEDERAL.

0612 - MINISTRO JOSE ANTONIO  
DATA: 05/12/2017 HORA: 12:22:28  
TERMINAL: 1004 NSU: 000664 AUT.: 0048

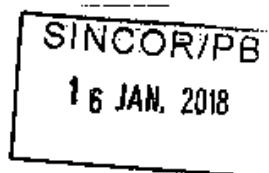
COMPROVANTE DE DEPOSITO  
NUM. DOCE : 000617

AGENCIA/CONTA CREDITAL: 44038/013/00.052.001-0  
NOME: JAILTON AMARAL DA SILVA  
DEPOSITANTE:  
0 M

VALOR TOTAL:  
VALOR DINHEIRO:

Informações, reclamações, sugestões e elogios  
SAC CAIXA 0800 726 0101  
Queridaria da CAIXA: 0800 725 7474  
[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

1a Via ~ Via Cliente





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01500.01.2017.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01500.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:57 horas do dia 23 de agosto 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 **Viviane Franco da Silva**, CPF nº 086.555.354-86, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Manicure, filho(a) de Maria Francisca de Santana Franco e Maricleson Franco da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 24/12/1981 (35 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projeta, Nº 39, complemento casa, bairro Centro, tendo como ponto de referência Presídio, na cidade de Belém/PB, telefone(s) para contato (83) 99915-4097.

**Dados do(s) Fato(s):**

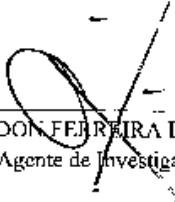
Local: Rodovia Estadual Proximo a Marcos da Verdura, Outros, Belém/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 15/02/17 21:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

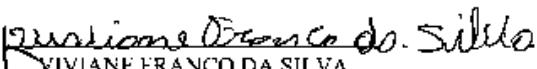
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE SEU FILHO MENOR JAILTON AMANCIO DA SILVA CPF Nº 715.759.004-24, VINHA DE GARUPA NA MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR LARANJA, ANO 2012, DE PLACA OGC-7880-PB, CHASSI Nº 9C2KD0550CR028176, EM NOME DE JAILSON AMANCIO DA SILVA, E CONDUZIDA PELO MESMO QUANDO FOI COLIDIDO POR UMA MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU PARA A UNIDADE DA CIDADE GUARABIRA - PB, E EM SEGUIDA SENDO CONDUZIDO PELO UTI MÓVEL PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS SENADOR HUMBERTO LUCENA, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. GLENDER TERCIO G. G. DA TRINDADE CRM PB 3920, DATADO DE 14/08/2017.

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

João Pessoa/PB, 23 de agosto de 2017.

  
\_\_\_\_\_  
**CLEODON FERREIRA DA SILVA**  
Agente de Investigação

  
**VIVIANE FRANCO DA SILVA**  
Noticiante

**SINCOR/PB**  
**16 JAN. 2018**

Procedimento Policial: 01500.01.2017.1.00.420

1/1





## 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 3221204 ou 0800 911111 (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: Fáulton Amâncio da Silva CPF da Vítima: 715 759 004-24 Data do Acidente: 15.02.2017

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: Francine Francisca da Silva CPF do Representante Legal: 086 555 354 86  
Email: \_\_\_\_\_ Telefone: (0 31) \_\_\_\_\_

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 atende 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 demanda, sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML), concordando, desde já, em me submeter à perícia médica assegurada pela Seguradora Lider 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 aceitação da avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**SINCORPB**

**16 JAN. 2018**

for Pmea 12 de dezembro de 2017  
Local e Data

Fáulton Amâncio da Silva Francine Francisca da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017

192

Comprovante de envio de documento

PREFEITURA MUNICIPAL DE BELÉM  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 - BELÉM - PA

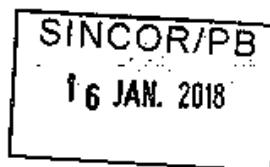
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e a quem de interesse for que, *Jailton Antônio da Silva, 16 anos*, foi atendido pelo SAMU - Belém no dia 15/02/2017 às 07h00, na Rua Feliciano Pedrosa, devido a um acidente com moto, abordado em decesso, sem capacete, escoriações na face, apresentou epistaxe e leito desobstruído, com a imobilização em prancha rígida e em membro inferior direito, acesso venoso periférico, oxigênio sob máscara de reservatório; o mesmo apresentou crise convulsiva e expôs, realizou avaliação e solicitou a Unidade de Suporte Avançado - UVA de Coração, devido a quadro grave da vítima. Foi feita intercepção e o paciente foi encaminhado à USA de Guarabira.

Segue em anexo a cópia da ficha de atendimento.

Atenciosamente

Joeyara Maria Ximenes de Freitas  
Coordenadora do SAMU  
CORON 299.708



Belém, 21 de agosto de 2018

Base Descentralizada do SAMU Belém  
Rua Feliciano Pedrosa S/N - Centro - Belém CEP: 58255-000  
Contato: (83) 3261-1205



· DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Fábio Armanhais da Silva,

RG nº 003.877.524 data de expedição 28/08/17 Órgão S2P/PB

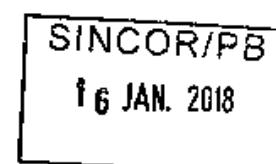
CPF nº 715.759.004-24, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo é verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua do Cacau</u>
Número	<u>0º 39</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>
Cidade	<u>Beloive - PB</u>
Estado	<u>Paraíba - PB</u>
CEP	<u>58255 000</u>
Telefone de Contato	<u>99215 4097</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: 1. Pecóia 28-08-2017

Assinatura do Declarante: Suelio Moreira da Silva  
Fábio Armanhais da Silva







## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jailson Amâncio da Silva

RG nº 123015757, data de expedição 24/4/97,

Órgão SSP, portador do CPF nº 099 110 834 54, com

domicílio na cidade de Belém, no Estado de

PB, onde reside na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Projeto nº 39,

complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Jailson Amâncio da Silva, cujo o condutor era

Veículo: motocicleta

Modelo: Honda NXR 150

Ano: 2012

Placa: 08C7380

Chassi: 9C2KD0550CR028176

Data do Acidente: 15-2-17

Local e Data: gasPerner, 12/12/17



CARTÓRIO  
Maria Guedes

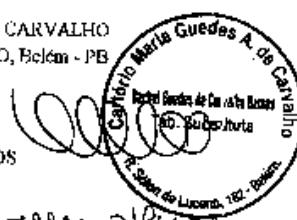
Jailson Amâncio da Silva  
(Assinatura do Declarante)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não é vítima redamente do registro))

)

SERVIÇO NOT. E REG. M<sup>º</sup> GUEDES A. CARVALHO  
Rua SOTON DE LUCENA, 182. CENTRO, Belém - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:  
JAILSON AMÂNCIO DA SILVA  
Data: Belém/PB - 13/09/2017  
Substituto: RACHEL GUEDES DE CARVALHO RAMOS  
Selo Digital: AFQ96845-64WB  
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
Prazo: 03 dias para impugnação





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



## LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 981329 e PRONTUÁRIO nº 100446

**PACIENTE: JAILTOM AMANCIO DA SILVA**

**DATA DE NASCIMENTO: 19.07.01**

**Data e Hora do Atendimento: 16.02.17**

**Horário: 0:16h**

**MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO:** Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de trauma de face, edema e equimose periorbitaria direita, dor no joelho esquerdo com limitação de movimentos. Atendido pelo Dr. Alberto Rodrigues de Oliveira CRM 5221, Dr. Aníbal Luna CRM 3041, Dr. George Mendes CRM 8346, Dr. Aldênio Amorim de Lima CRM 5815, Dr. Roberto A. Santos CRM 1590, Dr. Matheus Enomoto CRM 10204, Dr. Marcelo Átila CRM 6456.

**DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO CRANIOFACIAL + FRATURA DA TIBIA**

**DIREITA + SINDROME COMPARTIMENTAL CID 10 S 06 9, S 82 9, T 79 6**

**RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):** Primeiro atendimento, avaliação da cirurgia bucomaxilofacial, avaliação da traumatologia, avaliação da neurocirurgia, Rx da coluna cervical AP e Perfil, Tomografia computadorizada de crânio que evidenciou fratura do etmoide com pneumoencefalo, Rx do braço direito AP e Perfil, Rx da perna direita e esquerda AP e Perfil, Rx do braço direito AP e Perfil, e tratamento cirúrgico em 17.02.17 com fasciotomia da perna direita, trombectomia da artéria poplitea direita e instalação de tração transarticular devido à fratura do platô tibial direito. Em 26.02.17, em 02.03.17 realizados curativos sob anestesia. Em 10.03.17 realizado tratamento cirúrgico de fratura do platô tibial direito e luxação do joelho direito. Em 17.03.17 realizado tratamento cirúrgico com retalho local.

**ALTA HOSPITALAR: 18.03.17**

**Data da Emissão: 14.08.17**

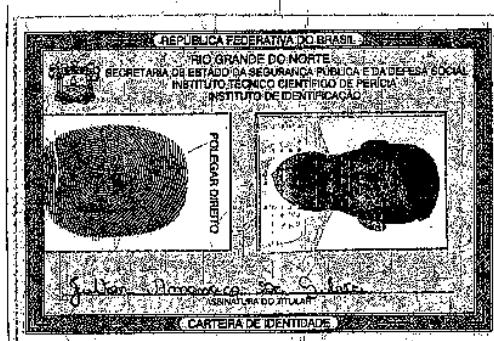
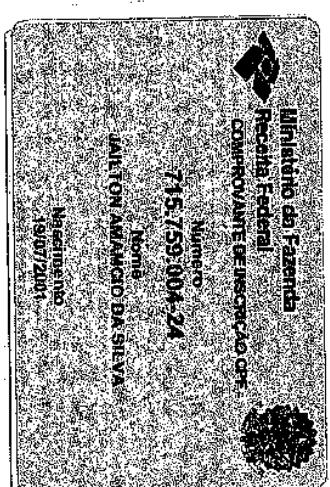
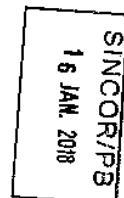
Dr. Glénder Tércio G. G. da Trindade  
Médico Auditor - HETSHL  
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

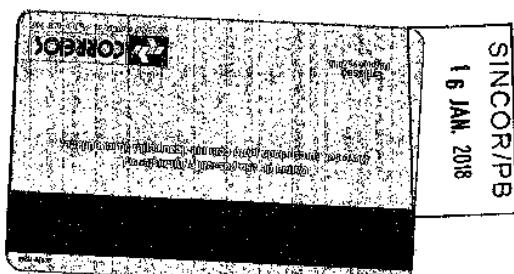
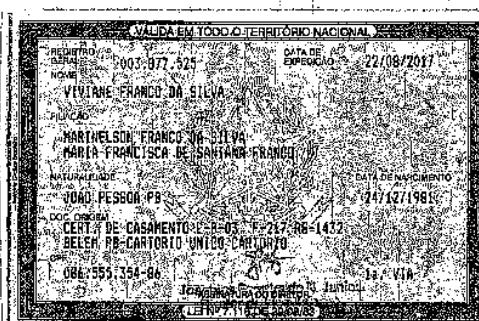
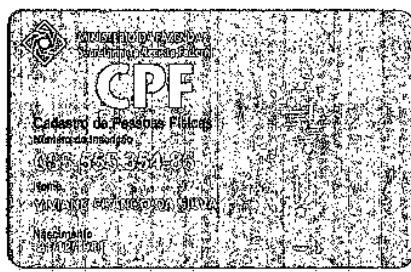
**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar

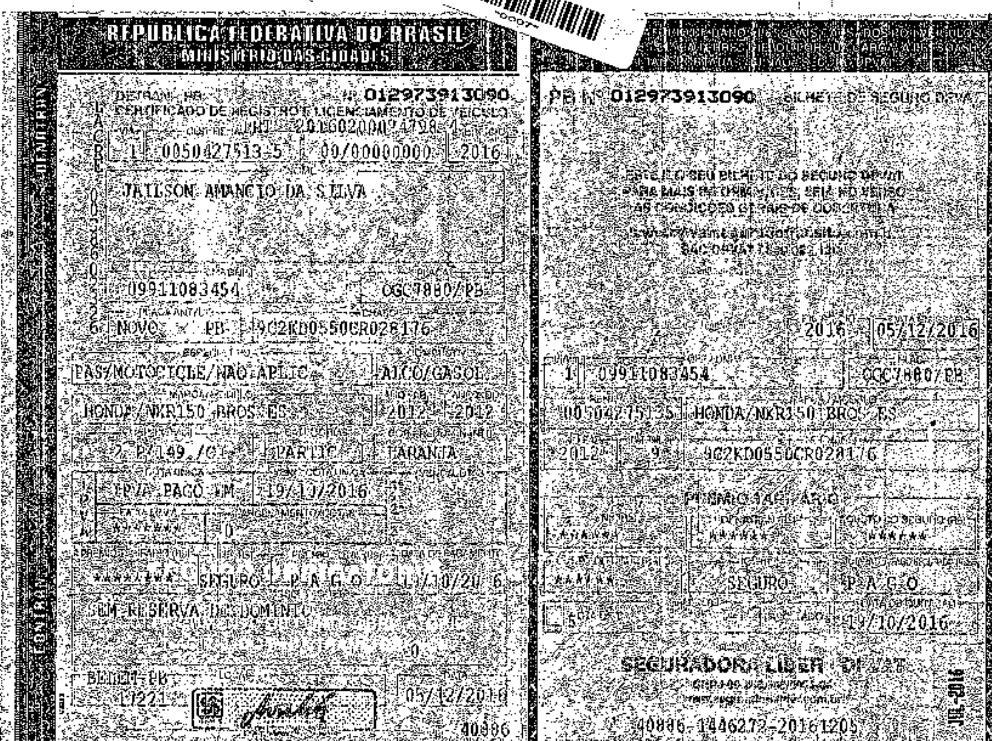
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

SINCOR/PB  
16 JAN. 2018









## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180043438      **Cidade:** Belém      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JAILTON AMAMCIO DA SILVA      **Data do acidente:** 15/02/2017      **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/01/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TCE E FRATURA DE TIBIA DIREITA

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:** SOLICITO BAM E PRONTUARIO MEDICO

**Observações:**

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
			<b>Total</b>	<b>0 %</b>

### PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

**Nome do médico:** EDSON L D ANDRADE

**CRM do médico:** 52.44121-9

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB**

**Processo: 08182382720188152001**

**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 **JAILTON AMAMCIO DA SILVA**, em trâmite perante este Duto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DA FALTA DE INTERESSE PROCESSUAL**

**PENDÊNCIA DOCUMENTAL**

O processo deve ser extinto sem conhecimento do mérito, porque não concorre uma das condições da ação: o **INTERESSE PROCESSUAL**.

Verifica-se que, o autor ingressou com o pedido administrativo, todavia, incorreu em pendência documental, de maneira que deixou de sanear tal pendencia, acarretando no cancelamento do sinistro.

Insta esclarecer que o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro pacificou o tema e conforme o Aviso nº 108/2012 resta incontestável a necessidade de requerer o pagamento administrativo antes de ingressar com ação no Judiciário, vejamos:

***"A prova do requerimento administrativo prévio à seguradora da cobrança da cobertura do seguro DPVAT deve ser exigida pelo juiz no exame da petição inicial".***

No mesmo sentido, se posicionou o Superior Tribunal de Justiça, vejamos:

***"AGRAVO REGIMENTAL. RECURSO ESPECIAL. SEGURO. DPVAT. REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO PRÉVIO. REQUISITO ESSENCIAL PARA CONFIGURAÇÃO DO INTERESSE DE AGIR.***

***Inéria do autor quanto a este pedido. Reversão do entendimento. Impossibilidade. Incursão em matéria fático-probatória. Incidência da Súmula 7/STJ. Violão ao princípio da inafastabilidade do acesso à Justiça. Impossibilidade de exame por esta Corte de Justiça. Matéria atinente à competência do Supremo Tribunal Federal.***

***O requerimento administrativo prévio constitui requisito essencial para o ingresso de demanda judicial.***

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaoarbosaadvass.com.br](http://www.joaoarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:51:19  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911511977900000035168245>  
Número do documento: 20111911511977900000035168245

Num. 36846623 - Pág. 1

**(...) 4. Agravo regimental desprovido" (AgRg no REsp 936574/SP, Terceira Turma, Rel. Ministro Paulo de Tarso Sanseverino, julgamento em 02/08/2011).**

Trata-se de oportunizar à seguradora o pagamento extrajudicial, até porque, o requerimento prévio administrativo é requisito essencial para a utilidade da providência jurisdicional, conforme dispõe o art. 5º, § 1º da Lei 6.194/74, abaixo transscrito:

**"Art. 5º O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.**

**(...)**

**§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor vigente na época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30**

**(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos: (Redação dada pela Lei nº 11.482, de 2007)(...)"**

A atitude de ingressar com ação antes de tentar solucionar a questão pela via administrativa, que, frise-se, é mais célere, acarreta aglomeração de processos, como se observa com frequência em nosso Judiciário.

Deste modo, verifica-se que a seguradora só se constitui em mora 30 dias após a entrega de todos os documentos legais na esfera administrativa. E, no caso dos autos, o direito de ação nasceria com a recusa do pagamento do sinistro na instância administrativa, o que corresponderia ao evento danoso. Como isto nunca ocorreu, não tem a parte autoral a necessária legitimidade postulatória.

Assim, tendo o autor deixado de cumprir as exigências administrativas à indenização que entende devida, ingressando com a presente ação sem antes eliminar todas as possibilidades, resta claro que não existe interesse na demanda.

Importante salientar, ademais, que as sociedades seguradoras não têm o menor propósito de eximir-se de sua obrigação quando comprovado que é realmente devida a indenização pleiteada, eis que pagar sinistro regularmente coberto é da inherência das suas atividades.

Diante disso, impõe-se a extinção do processo sem julgamento do mérito, na forma do Art. 485, VI, do CPC, pois a existência do litígio constitui condição lógica do processo, cabendo ser evidenciado que o cidadão não deve e nem pode, a seu livre arbítrio e prazer, acionar a prestação jurisdicional do Estado em conflitos que certamente poderiam ser resolvidos de forma consensual e sem a interferência estatal.

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:51:19  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911511977900000035168245>  
Número do documento: 20111911511977900000035168245

Num. 36846623 - Pág. 2

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Nota-se que o i. perito utilizou os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixada o quantum indenizatório. Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 17 de novembro 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:51:19  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911511977900000035168245>  
Número do documento: 20111911511977900000035168245

Num. 36846623 - Pág. 3