



Número: **0872349-24.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **07/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

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
<b>ALEX DE ARAUJO JORGE (AUTOR)</b>	<b>ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)</b>
<b>BRADESCO SEGUROS S/A (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>
<b>TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37470 874	04/12/2020 10:32	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
37470 883	04/12/2020 10:32	<a href="#"><u>2701696_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
37470 885	04/12/2020 10:32	<a href="#"><u>2701696_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 10:32:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120410323523800000035752128>  
Número do documento: 20120410323523800000035752128

Num. 37470874 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 05 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190362042**

**Vítima: ALEX DE ARAUJO JORGE**

**Data do Acidente: 24/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ALEX DE ARAUJO JORGE**

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, contados 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

Pag. 00799/00800 - carta\_01 - INVALIDEZ



00036400

Carta nº 14412744



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 10:32:36  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120410323607900000035752136>  
Número do documento: 20120410323607900000035752136

Num. 37470883 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 06 de Junho de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190362042

Vítima: ALEX DE ARAUJO JORGE

Data do Acidente: 24/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01995/01996 - carta\_02 - INVALIDEZ



00040998

Carta nº 14415352



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 10:32:36  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120410323607900000035752136>  
Número do documento: 20120410323607900000035752136

Num. 37470883 - Pág. 2

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 27 de Junho de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190362042**

**Vítima: ALEX DE ARAUJO JORGE**

**Data do Acidente: 24/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ALEX DE ARAUJO JORGE**

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

**Recebedor: ALEX DE ARAUJO JORGE**

**Valor: R\$ 2.531,25**

**Banco: 104**

**Agência: 000000904**

**Conta: 0000036681-8**

**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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## 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: 0189029199 CPF da vítima: 10356867404 Nome completo da vítima: ALEX DE ANAISO Tonbo

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: ALEX DE ANAISO Tonbo CPF: 10356867404 Número: 804 Complemento:

Profissão: AUX. MATERIFICO Endereço: Rua São Félix das Flores Bairro: Fazenda Cidade: São José dos Pescadores Estado: PB CEP: 58025 610 E-mail: 87988596032

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

### DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:  
 RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  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):

AGÊNCIA: 0804 CONTA: 36681 8  
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 Lider 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.

### INVALIDEZ PERMANENTE

### MORTE

### 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Local e Data, *Florianópolis 09-06-2019*  
 Nome: *Alex de Anaiso Tonbo*  
 CPF: *10356867404*

(\* Assinatura de quem assina A ROGO

*Alex de Anaiso Tonbo*  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

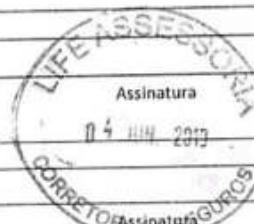
### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

2º | Nome: *14 JUL 2019*  
 CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* 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 dizer-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS.001 V001/2018





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 10:32:36  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120410323607900000035752136>  
Número do documento: 20120410323607900000035752136

Num. 37470883 - Pág. 5



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
Nº 06005.01.2019.1.00.401



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 06005.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A 24/01/19 22 horas do dia 31 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Alex de Araujo Jorge**, CPF nº 103.568.674-04, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Almoxarifado, filho(a) de Josefa de Araujo Jorge e Antonio Jorge, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 30/04/1992 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Felix da Silva, Nº 804, bairro Padre Zé, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98859-6032.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Avenida Conde, Santa Rita, Santa Rita/PB, bairro Tibiri II; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 24/01/19 22:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 24/01/2019, POR VOLTA DAS 22:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR PRETA, ANO 2015, PLACA QFI-1227/PB, CHASSI 9C2KD0810FR201331, REGISTRADA EM NOME DESTE NOTIFICANTE NA AVENIDA CONDE, TIBIRI, SANTA RITA/PB, QUANDO PERDEU A CONSCIÊNCIA, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU NO CHÃO; QUE FOI SOCORRIDO POR PARTICULARS ATÉ A UPA DE TIBIRI, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS E EM SEGUIDA VEIO A SER TRANSFERIDO AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE CHEGOU POR VOLTA DAS 04:45 DO DIA 25/01/2019, SENDO ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S06.2 + S42.0, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. ELIVALDO SALES DE TOLÉDO.

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, 31 de maio de 2019.

JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

ALEX DE ARAUJO JORGE  
Noticiante



Procedimento Policial: 06005.01.2019.1.00.401

1/1





## 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:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
0199029 199	10356867404	AUX de Anselmo Soube	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	AUX de Anselmo Soube		CPF: 10356867404
Profissão: AUX. AMARELISADO	Endereço: Rua São Félix das Silvas	Número: 804	Complemento:
Bairro: Fazenda	Cidade: São José dos Campos	Estado: SP	CEP: 138025610
E-mail:	Tel.(DDD): 87988596032		

DADOS CADASTRAIS

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

### RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO 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 OPCIÃO 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: 0804

CONTA: 36681

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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 de correntes 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

### 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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 de 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 alfabetizada  
Local e Data: *João Pedro 04-06-2019*  
Nome: *João Pedro*  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
*Aux de Anselmo Soube*  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: *04-06-2019*

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: *04-06-2019*



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) 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.

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

FPS.001 V001/2018



# 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: 19/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

### \*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEX DE ARAUJO JORGE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000036681-8

---

Nr. da Autenticação 84D8FDE6B3CF1165



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 10:32:36  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120410323607900000035752136>  
Número do documento: 20120410323607900000035752136

Num. 37470883 - Pág. 8

PATRICIA DE ARAUJO JORGE DA SILVA  
PRA. JOAO FELIX DA SILVA, 594 - PARQUE  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58025-810 (AD-1)

Emissao: 10/01/2019 Referencia Jan/2019

Classificacao: RESIDENCIAL / BADA FRENDA MONOFASICO/B021 Km25 - Cidade Presidente - João Pessoa / PB - CEP: 58017-400  
Rotenc: 5-1-329-5060  
ID medidor: 00000211778

energisa  
ENERGIA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 02.0385.157/0001-43 - Inf. Est: 16.015.624.0

NovaFaz/1 Conta de Energia Elétrica Nº010.296.642

Cod. para Dib. Automatizar: 00001025444

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2019	10/01/2019	07/02/2019	005.969.234-66 Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora):

5/152646-6

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEEE Foi criada pela Lei nº 12.439, de 20 de abril de 2002.

Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes: não deixe a porta da geladeira aberta sem necessidade, lave e desse o menor de roupas possível de uma só vez e não se esqueça de apagar as luzes ao sair dos ambientes.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 10/12/18 Leitura 12047	Data 12/01/19 Leitura 12151		104	31

Demonstrativo

CCN	Descrição	Quantidade	Tarifa	Tributo Base CDE	ICMS (R\$)	Base CDE	ICMS (R\$)	Consumo (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)
0001	Consumo até 300 kWh-BR	30.000	0,387902	0,83	0,83	27	2,32	8,83	0,09	0,43
0001	Consumo >31 a 100 kWh-BR	70.200	0,486142	24,54	24,54	27	8,22	14,54	0,37	1,72
0001	Consumo >101 a 220 kWh-BR	4.050	0,740210	2,99	2,98	27	0,80	2,98	0,02	0,15
2810	Subsidio			23,72	23,72	27	11,44	42,72	2,47	7,13
0007	CONTRIB SERV ALUM PÚBLICA			1,85	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	JUROS DE MORA 12/2018			0,43	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	MULTA 12/2018			1,22	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0008	Devolução Subsídio			-26,80	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCN: Código de Classificação do item TOTAL 63,76 00,00 23,99 00,00 0,36 0,43

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

17/01/2019

R\$ 63,76

Histórico de Consumo (kWh)

121 | 141 | 162 | 105 | 06 | 08 | 92 | 79 | 79 | 78 | 78 | 22 | 104  
Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18

RESERVADO AO FISCO

137e.1189.d2e5.9f6e.76bd.b7b8.de33.7cac.

Indicadores de Qualidade

1112019 - Ótimo Relevo

Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIS MENSAL	0,07	0,05
DIS TRIMESTRAL	12,15	NORMAL
DIS ANUAL	20,30	220
FC MENSAL	3,23	1,00
FC TRIMESTRAL	8,47	CONTRATADA
FC ANUAL	12,85	LIMITE INFERIOR
DMG	2,05	LIMITE SUPERIOR
DISR	1,23	231

Concorrência das Companhias

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Distribuição Energia/PI	10,98	17,18
Companhia de Energia	15,62	24,51
Empresas Terciárias	2,70	4,37
Encargos Serviços	2,21	4,00
Impostos Diretos e Encargos	32,88	51,47
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	63,76	100,00

Valor do BISG (Ref. 11/2018) R\$ 13,57

ATENÇÃO

- Sua fatura foi faturada como Banda Lenta, tendo um desconto de R\$26,80

Faturas em atraso







Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 10:32:36  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120410323607900000035752136>  
Número do documento: 20120410323607900000035752136

Num. 37470883 - Pág. 11

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 10:32:36

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 10:32:36

Número do documento: 20120410323607900000035752136

Núm. 37470883 - Pág. 12



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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190362042**

Nome do(a) Examinado(a): **ALEX DE ARAUJO JORGE**

Endereço do(a) Examinado(a):

**Rua João Félix da Silva, 804 - Padre Zé - João Pessoa - PB - CEP 58026-027**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **3546528**

Data e local do acidente: [ **24/01/2019** ] **SANTA RITA-PB**

Data e local do exame: [ **13/06/2019** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**TCE com HSD temporo parietal D Fx da clavícula E**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**ACIDENTE EM 25-01-2019 AO EXAME : PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO ,COM PRESENÇA DE CICATRIZ ANTERIOR EM OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE 75% DE ELEVAÇÃO /ABDUÇÃO /ADUÇÃO /RI/RE RELATA CEFALÉIA,TONTURA ,DESMAIO. FAZ USO DE MEDAÇÃO CONSTANTE (ANALGÉSICOS )**

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CLAVÍCULA +TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE SÓ FEZ 3 SESSÕES FISIOTERAPIA**

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[ **X** ] Sim [ ] Não

**VI.** Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**LIMITAÇÃO MOTORA**

**Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.**

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



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

(  ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

(  ) "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de  
acidente de trânsito que não sejam  
suscetíveis de amenização proporcionada  
por qualquer medida terapêutica)

**b)** Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**OMBRO ESQUERDO**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB



## IDENTIFICAÇÃO

VITIMA	<u>Walter Braga George</u>	DATA DO ACIDENTE	<u>25-07-19</u>	CPF DA VITIMA	<u>103 569 674 041</u>
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO	<u>Walter Braga George</u>	QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR	<u>VITIMA</u>	( <input checked="" type="checkbox"/> ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM AVITIMA É	<u>Walter Braga George</u>
ENDEREÇO DO PORTADOR	<u>Rua José Felipy da Silveira</u>	Nº	<u>804</u>	COMPLEMENTO	<u>Bairro Edel Zé</u>
CIDADE	<u>Januária</u>	UF	<u>MG</u>	CEP	<u>59029 610</u>
E-MAIL				TELEFONE	<u>(61) 93359-6032</u>

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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VITIMA (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 RECEUIMENTO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS 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 CARTERA 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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.944/74.
- 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 FORMULARIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CERTIDÃO DE CASAMENTO OU 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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA — 04-06-2019HABITDADE: 3.546.528ASINATURA: Walter Braga George

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA AGENTIA	<u>Walter Braga George</u>
DATA	<u>04-06-2019</u>
NOME	<u>Walter Braga George</u>

*Walter Braga George*



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190362042      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEX DE ARAUJO JORGE      **Data do acidente:** 24/01/2019      **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

### PARECER

**Diagnóstico:** TCE com HSD temporo parietal D  
Fratura da clavícula E

**Descrição do exame físico:** AO EXAME : PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO ,COM PRESENÇA DE CICATRIZ ANTERIOR EM OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE 75% DE ELEVAÇÃO / ABDUÇÃO / ADUÇÃO / ROTAÇÃO INTERNA/ ROTAÇÃO EXTERNA. RELATA CEFALÉIA,TONTURA ,DESMAIO. FAZ USO DE MEDIÇÃO CONSTANTE (ANALGÉSICOS ).

**Resultados terapêuticos:** REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CLAVÍCULA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE.  
SÓ FEZ 3 SESSÕES FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional grave do ombro esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 13/06/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau intenso do ombro E devido a limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido.  
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190362042      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEX DE ARAUJO JORGE      **Data do acidente:** 24/01/2019      **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

### PARECER

**Diagnóstico:** TCE com HSD temporo parietal D  
Fratura da clavícula E

**Descrição do exame físico:** AO EXAME : PACIENTE CONSCIENTE E ORIENTADO ,COM PRESENÇA DE CICATRIZ ANTERIOR EM OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO DE 75% DE ELEVAÇÃO / ABDUÇÃO / ADUÇÃO / ROTAÇÃO INTERNA/ ROTAÇÃO EXTERNA. RELATA CEFALÉIA,TONTURA ,DESMAIO. FAZ USO DE MEDIÇÃO CONSTANTE (ANALGÉSICOS ).

**Resultados terapêuticos:** REALIZOU TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CLAVÍCULA E TRATAMENTO CONSERVADOR DO TCE.  
SÓ FEZ 3 SESSÕES FISIOTERAPIA.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional grave do ombro esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 13/06/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau intenso do ombro E devido a limitação da mobilidade articular. - Quadro estabelecido.  
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

**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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		<b>Total</b>	<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190362042      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEX DE ARAUJO JORGE      **Data do acidente:** 24/01/2019      **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 05/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.  
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.  
TRAUMA ABDOMINAL AGUDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE EM CLAVÍCULA, DEMAIS CONSERVADOR).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEFÍCIT FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DESCRIÇÃO CIRÚRGICA - PÁGINA 22

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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190362042      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALEX DE ARAUJO JORGE      **Data do acidente:** 24/01/2019      **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

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

**Data da análise:** 06/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.  
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.  
TRAUMA ABDOMINAL AGUDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE EM CLAVÍCULA, DEMAIS CONSERVADOR).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DESCRIÇÃO CIRÚRGICA - PÁGINA 22  
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>		<b>22,5 %</b>	<b>R\$ 3.037,50</b>	



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0189029/19

**Vítima:** ALEX DE ARAUJO JORGE

**CPF:** 103.568.674-04

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/01/2019

**Titular do CPF:** ALEX DE ARAUJO JORGE

**Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**ALEX DE ARAUJO JORGE : 103.568.674-04**

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](http://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: 04/06/2019  
Nome: ALEX DE ARAUJO JORGE  
CPF: 103.568.674-04

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/06/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

ALEX DE ARAUJO JORGE

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





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

**Processo: 08723492420198152001**

**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 **ALEX DE ARAUJO JORGE**, 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:

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

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.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 2 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/12/2020 10:32:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120410323691300000035752138>  
Número do documento: 20120410323691300000035752138

Num. 37470885 - Pág. 1

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 - 04/12/2020 10:32:37  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120410323691300000035752138>  
Número do documento: 20120410323691300000035752138

Num. 37470885 - Pág. 2