



Número: **0823855-94.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes  | Procurador/Terceiro vinculado      |
|---|------------------------------------|
| JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO (AUTOR)                         | RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO) |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO<br>DPVAT S.A. (REU) |                                    |

**Documentos**

| Id.       | Data da Assinatura | Documento   | Tipo                       |
|-----------|--------------------|---|----------------------------|
| 30068 042 | 22/04/2020 16:47   | <a href="#">Petição Inicial</a>                                   | Petição Inicial            |
| 30068 710 | 22/04/2020 16:47   | <a href="#">INICIAL JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO</a>             | Informações Prestadas      |
| 30068 723 | 22/04/2020 16:47   | <a href="#">PROCURACAO E SUBSTABELECIMENTO</a>                    | Procuração                 |
| 30068 729 | 22/04/2020 16:47   | <a href="#">DOCUMENTO DE IDENTIFICACAO E DOCUMENTO DO VEICULO</a> | Documento de Identificação |
| 30068 736 | 22/04/2020 16:47   | <a href="#">COMPROVANTE DE RESIDENCIA</a>                         | Documento de Identificação |
| 30068 740 | 22/04/2020 16:47   | <a href="#">REQUERIMENTO E PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT</a>          | Documento de Identificação |
| 30068 743 | 22/04/2020 16:47   | <a href="#">BOLETIM DE OCORRENCIA</a>                             | Documento de Identificação |
| 30069 299 | 22/04/2020 16:47   | <a href="#">LAUDO MEDICO</a>                                      | Documento de Identificação |
| 31393 776 | 09/06/2020 12:14   | <a href="#">Despacho</a>  | Despacho                   |

peticao em anexo.



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 22/04/2020 16:46:41  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042216463983400000028908038>  
Número do documento: 20042216463983400000028908038

Num. 30068042 - Pág. 1

**EXCELENTESSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUIZ (A) DE DIREITO  
DA \_\_\_\_ VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOÃO PESSOA – PB**

**JOSÉ CABOCLO DOS SANTOS FILHO**, brasileiro, solteiro, autonomo, inscrito no CPF/MF sob nº 034.365.144-03 e Registro Geral sob o nº 2.516.680 SSP/PB, residente e domiciliado na Rua Frei Joaquim, nº 185, Casa B, Bairro Mandacaru, em João Pessoa-PB, CEP: 58027-027, Contato (83) 98826-5678 ou (83) 99614-5861, representado por seus advogados signatários, com escritório profissional na Rua Coronel Otto Feio da Silveira, nº 509, Pedro Gondim, João Pessoa- PB, CEP 58031-030, fone (83) 3576-8728 e endereço eletrônico: [ruyrochaadvocacia@gmail.com](mailto:ruyrochaadvocacia@gmail.com) e [renanpaivaadvocacia@gmail.com](mailto:renanpaivaadvocacia@gmail.com), vem mui respeitosamente perante Vossa Excelência, propor a presente:

**AÇÃO DE COBRANÇA** em face de:

**SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A.**, pessoa jurídica de Direito Privado, CNPJ: 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, N.º 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-205, pelos motivos de fato e de direito que passa a expor:

**I. DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA:**

A parte autora é hipossuficiente, não possui trabalho formal, vive da renda que aufera através da realização de trabalhos eventuais como autônomo, assim, não dispõe de condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem que com isso incorra em prejuízo ao seu sustento e ao de sua família.

Dessa forma, faz-se necessário conceder e desde já se requer, a concessão do benefício da **GRATUIDADE DA JUSTIÇA**, com base no que vaticina a Lei nº 1.060/50, art. 98 e seguintes do NCPC, uma vez que o indeferimento de tal benefício impedirá a parte demandante de ter acesso à justiça. Para comprovação da situação narrada, junta-se aos autos para apreciação de Vossa Excelência, declaração feita pelo autor, afirmado-se, desde já, a veracidade do que fora subscrito.

**II. DOS FATOS:**

A parte autora no dia 31/08/2019, conforme consta no registro de ocorrência policial (DOC. ANEXO), sofreu acidente de trânsito, onde estava de carona em uma motocicleta (marca HONDA, modelo XLR 125 ES, cor branca, ano 2001, Placa MOL-2340/PB, devidamente discriminado nos autos), trafegava na Br 230 em Cabedelo-PB, nas imediações do Carajás, o mesmo vinha com sua moto seguindo a sua via, quando um veículo não identificado deu um “trancão” na parte autora invadindo sua via, a

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 |  renanpaivaadvocacia@gmail.com  
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



mesma fez uma manobra abrupta afim de evitar a colisão com o veículo vindo a perder o controle da moto e colidir com o meio-fio, caindo e se machucando.

Posteriormente ao fato, foi socorrida para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena na cidade de João Pessoa-PB, onde foi diagnosticado com **Fratura de Platô Tibial Esquerdo, (CID 10 S 82.1)**, conforme Laudo Médico apresentado.

Ademais, necessitou o segurado, em virtude da fratura sofrida, passou por procedimento por três procedimentos cirúrgicos da **Fratura de Tíbia Proximal Esquerda, com fixação de placa em L + 02 parafusos esponjosos + 03 parafusos corticais**, conforme se demonstra documentalmente.

Pois bem Excelência, em decorrência das lesões sofridas e dos fatores acima expostos, **restou a parte autora uma acentuada limitação física, além de sentir dores intensas e constantes, tem limitação nos movimentos e na força do membro afetado, deambula mancando**, ou seja, as atividades mais simples do dia a dia, como movimentar a perna, caminhar, praticar algum exercício físico e trabalhar, se bem que ultimamente encontra-se desempregado por conta do acidente, tornaram-se verdadeiramente, tarefas tormentosas de serem desempenhadas.

A parte autora sofreu séria fratura no membro inferior esquerdo, após buscar a reparação do dano ocasionado pelo sinistro, **restou com considerável limitação física e comprometimento de 50% do membro afetado, que ainda hoje lhe impede, de forma acentuada, de realizar atividades laborativas normais, estando atualmente desempregado por conta desta lesão**. Encontra-se debilitado, sente dores, não movimenta a perna com facilidade, sente dificuldades ao erguer, flexionar e realizar qualquer outro movimento com o membro afetado.

Consideráveis foram os prejuízos e as limitações ocasionadas em razão da fratura sofrida, **prejuízo esses que acompanham o autor até os dias atuais e que possivelmente lhe acompanharão por toda a vida**. Portanto, possuindo direito assegurado em Lei, o segurado buscou amparo através de pedido de indenização junto à **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT**, tendo feito seu requerimento através da **COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**, atuando essa em nome daquela, intermediando os pedidos feitos em todo o país.

Preenchendo os requisitos para o recebimento da indenização, o autor encaminhou seu pedido. Juntamente com os documentos pertinentes, legalmente previstos e que são costumeiramente solicitados pela ré, requerendo administrativamente a quantia a que faz jus em decorrência do Seguro Obrigatório (**DPVAT/INVALIDEZ**), a parte autora teve seu pedido autuado com o número de sinistro **3190666030**.

Certo do recebimento da indenização em conformidade com a gravidade de sua invalidez, a parte autora aguardou resposta da ré, **tamanha fora a surpresa desta quando informada do pagamento da indenização, NÃO POR SUA**

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 |  renanpaivaadvocacia@gmail.com  
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



**CONFIRMAÇÃO, o que seria inevitável, mas pelo montante pago pela demandada.**

De acordo com documento anexado, a ré efetuou o pagamento de **valor irrisório, não condizente com a gravidade da lesão sofrida pelo autor e com a invalidez permanente que este adquiriu**. Ou seja, após análise do pedido feito administrativamente, o autor recebeu o valor de **R\$ 1.687,50 (um mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**.

Tal entendimento e enquadramento apresentado como caracterizador do pagamento, **não é condizente com a previsão legal e com a seriedade da lesão sofrida**.

A parte autora permaneceu com sérias limitações desencadeadas pelas lesões ocorridas no acidente, recebeu atendimento que constatou estas, teve acompanhamento médico, passou por procedimento cirúrgico, e mesmo assim, **restou com acentuadas limitações físicas, comprometendo de forma irreversível a realização de atividades cotidianas simples, bem como o desempenho de determinadas funções que poderia almejar**.

Conforme se demonstra Excelência, o segurado, por ora autor, juntou ao seu pedido administrativo, certidão de ocorrência policial relatando o atropelamento, ficha de atendimento ambulatorial, documentação médica atestando as lesões e as limitações, e mesmo assim, teve como resposta da ré, um pagamento ínfimo, não compatível com a sua situação física e nem corretamente enquadrada na tabela de danos segmentares utilizada para este fim.

Dessa forma, resta claro que fora buscado através de procedimento administrativo solucionar a questão e receber a indenização correta, porém, tudo foi em vão, não havendo outra forma do demandante alcançar o seu direito a não ser com a intervenção judicial, através da correta quantificação do valor devido e consequente condenação da ré ao pagamento deste.

Importante frisar que na tabela do seguro **DPVAT**, a porcentagem correspondente à **perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores, corresponde a 70% do capital segurado, o que totaliza a importância de R\$ 9.450,00 (nove mil, quatrocentos e cinquenta reais)**.

**Ademais, tendo em vista os danos sofridos pelo autor e os gastos com medicamentos e tratamentos de saúde diversos, vale quantificar a indenização devida ao autor na sua totalidade de R\$ 13.500,00**

**Sendo assim, documentalmente comprovada a perda anatômica do membro afetado, e os gastos referentes aos tratamentos pós-cirúrgicos, é devido ao autor ainda 87,50% do valor referente a lesão do teto máximo, ou seja, 87,50% de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), o que totaliza aproximadamente a importância de R\$ 11.812,50 (onze mil, oitocentos e doze reais e cinquenta**

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | renanpaivaadvocacia@gmail.com  
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



**centavos) do valor que ficou faltando em referência aos 12,50% do que foi pago administrativamente, da importância de R\$ 1.687,50 (um mil, seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).**

### **III. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS:**

Tem-se que a parte autora ajuizou a presente ação fundada no direito assegurado pela Lei nº LEI Nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, prevendo esta indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre.

O seguro DPVAT, comumente conhecido como seguro obrigatório, cumpre importante função social, dando um amparo mínimo às pessoas vítimas de acidente de trânsito. Foram os riscos existentes no trânsito que obrigaram o legislador a estabelecer uma espécie de seguro.

A Lei 6.194/1974 instituiu no sistema jurídico brasileiro o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT. Posteriormente, a Lei 8.441/1992 veio ampliar a indenização, com o intuito de torná-la mais compatível com o fim ao qual se destina.

Importante citar trecho encontrado no próprio site da demandada *in verbis*:

*"O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, mais conhecido como Seguro DPVAT, existe desde 1974. É um seguro de caráter social que indeniza vítimas de acidentes de trânsito, sem apuração de culpa, seja motorista, passageiro ou pedestre. O DPVAT oferece coberturas para três naturezas de danos: morte, invalidez permanente e reembolso de despesas médicas e hospitalares (DAMS).*

*A atual responsável pela administração do Seguro DPVAT é a Seguradora Líder-DPVAT, que tem o objetivo de assegurar à população, em todo o território nacional, o acesso aos benefícios do Seguro DPVAT.*

*O pagamento da indenização é feito em conta corrente ou poupança da vítima ou de seus beneficiários, em até 30 dias após a apresentação da documentação necessária. O valor da indenização é de R\$ 13.500 no caso de morte e de até R\$ 13.500 nos casos de invalidez permanente, variando conforme o grau da invalidez, e de até R\$ 2.700 em reembolso de despesas médicas e hospitalares comprovadas. O prazo para solicitar a indenização por Morte é de até 3 anos contados da data do óbito. Para despesas médicas (DAMS): a contagem do prazo prescricional se inicia a partir da data do acidente. No caso de indenização por Invalidez Permanente este prazo é de 3 anos a contar da ciência da Invalidez Permanente pela vítima.*

*Os recursos do Seguro DPVAT são financiados pelos proprietários de veículos, por meio de pagamento anual. Do total arrecadado, 45% são repassados ao Ministério da Saúde (SUS), para custeio do atendimento médico-hospitalar às vítimas de acidentes de trânsito em todo país. 5% são repassados ao Ministério das Cidades (DENATRAN), para aplicação exclusiva em programas destinados à prevenção de acidentes*

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | renanpaivaadvocacia@gmail.com  
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



*de trânsito. Os demais 50% são voltados para o pagamento das indenizações e reservas.”*

Sendo assim Excelência, fazem jus ao recebimento de indenização coberto pelo seguro **DPVAT**, todas as vítimas de acidente de trânsito que se enquadrem nas hipóteses previstas no art. 3º da Lei 6.194/74.

Cite-se o art. 3º do referido diploma legal *in verbis*:

**Art. 3º** *Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:*

- I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;*
- II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e*
- III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.*

Em consonância com a Lei e enquadrando-se no caso em tela, importante se faz, mencionar Jurisprudência do Egrégio Tribunal de Justiça deste Estado, deixando evidente e indiscutível o direito ao qual pleiteia à parte autora:

**“APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. PROCEDÊNCIA. SUBLEVAÇÃO DA SEGURADORA. DEBILIDADE PERMANENTE PARCIAL INCOMPLETA. CONFIGURAÇÃO. LAUDO PERICIAL CONCLUSIVO. PROVA SATISFATÓRIA. INDENIZAÇÃO FIXADA DE ACORDO COM O GRAU DE INVALIDEZ. OBSERVÂNCIA AO ART. 3º, § 1º, DA LEI N° 6.194/74 E A SÚMULA N° 474, DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA, PAGAMENTO ADMINISTRATIVO REALIZADO. COMPROVAÇÃO. DEDUÇÃO DO VALOR FIXADO À TÍTULO DE INDENIZAÇÃO. OBSERVÂNCIA. HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS ARBITRADOS CONFORME ART. 85, § 2º, DO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTOS DO RECURSO. O art. 3º, § 1º, da Lei n° 6.194/74, incluído pela Lei n° 11.945/09, impôs a necessidade de verificação da graduação da lesão decorrente do sinistro para fins de quantificação da indenização devida a título de seguro DPVAT – A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez, nos termos da Súmula n° 474, do Superior Tribunal de Justiça – Restando demonstrado que o pagamento administrativo realizado pela seguradora não está em conformidade com o grau de invalidez comprovado nos autos, imperioso se torna a complementação da**

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | renanpaivaadvocacia@gmail.com  
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



*quantia paga, devidamente estabelecida na sentença de origem. (TJPB – ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo N° 00206466320148152001, 4ª Câmara Especializada Cível, Relator DES. FREDERICO MARTINHO DA NÓBREGA COUTINHO, j. em 26/03/2018).*

*(TJ-PB – APL: 00206466320148152001 0020646-63.2014.815.2001, Relator: DES. FREDERICO MARTINHO DA NÓBREGA COUTINHO, Data de Julgamento: 26/03/2018, 4ª Vara Cível). ”*

Vejamos, também:

**“APELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO DPVAT. FRATURA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DEBILIDADE PERMANENTE. INVALIDEZ PARCIAL INCOMPLETA. PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO. REDUÇÃO DA INDENIZAÇÃO. DESCONTO DO IMPORTE PAGO NA VIA ADMINISTRATIVA. CONDENAÇÃO NO SALDO RESTANTE. REFORMA DA SENTENÇA EX OFFICIO, APENAS PARA ADEQUAR JUROS DE MORA E CORREÇÃO MONETÁRIA. APELAÇÃO DESPROVIDA. – Em se tratando de indenização de seguro obrigatório DPVAT, deve ser aplicada a lei em vigor à época do sinistro, no caso a Lei n° 11.945/09, restando inequívoco, pois à luz de tal disciplina, que a perda parcial da função deambulatória e outros movimentos da perna configuram invalidez permanente parcial incompleta, autorizando a aplicação proporcional da indenização, de acordo com o grau da lesão, nos termos do artigo 3º, § 1º, inciso II, da Lei n° 6.194/74. – ‘Na ação de cobrança visando a complementação do seguro DPVAT, o termo inicial da correção monetária é a data do evento danoso’ 1. Por sua vez, ‘Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação’. (TJPB – ACÓRDÃO/DECISÃO do Processo N° 0000205692014815051, 4ª Câmara Especializada Cível, Relator DES JOÃO ALVES DA SILVA, j. em 17-03-2016).**

*(TJ-PB – APL: 00002056920148150511 0000205-69.2014.815.0511, Relator: DES JOAO ALVES DA SILVA, Data de Julgamento: 17/03/2016, 4ª CIVEL) ”*

Dessa forma, comprovado o acidente de trânsito, restando o autor com lesões que lhe causaram invalidez parcial permanente, é incontestável o direito do mesmo ao recebimento de indenização correspondente ao grau de sua invalidez, conforme entendimento do Respeitável Superior Tribunal de Justiça in verbis:

#### **Súmula 474**

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | renanpaivaadvocacia@gmail.com  
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



***"A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez."***

Para tanto, conforme tabela abaixo, faz-se necessário o correto enquadramento da invalidez acometida pela parte autora, procedimento este a ser alcançado através de perícia médica a ser designada por Vossa Excelência.

#### ANEXO

(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

| <b>Danos Corporais Totais</b>   | <b>Percentual da Perda</b> |
|---|----------------------------|
| <b>Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico</b>  |                            |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores  | <b>100</b>                 |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés   |                            |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior   |                            |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral  |                            |
| Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica   |                            |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais 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 |                            |
| <b>Danos Corporais Segmentares (Parciais)</b>   | <b>Percentual da Perda</b> |
| <b>Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores</b>  |                            |

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | renanpaivaadvocacia@gmail.com  
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 22/04/2020 16:46:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042216464133300000028908056>  
 Número do documento: 20042216464133300000028908056

Num. 30068710 - Pág. 7

|   |                            |
|---|----------------------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos   | <b>70</b>                  |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores;<br>Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés                                  | <b>70</b>                  |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar;<br>Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo            | <b>25</b>                  |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão;<br>Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé | <b>10</b>                  |
| <hr/>   |                            |
| <b>Danos Corporais Segmentares (Parciais)</b>   | <b>Percentual da Perda</b> |
| <b>Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais</b>   |                            |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho  | <b>50</b>                  |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral   | <b>25</b>                  |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço   | <b>10</b>                  |

Ante o exposto, em consonância com o previsto na lei 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento de complementação de indenização do seguro DPVAT à parte autora, **montante este a ser quantificado através da avaliação dos documentos médicos juntados aos autos e realização de eventual perícia médica**. Ainda, com valor corrigido pelo IGP-M a contar da data do sinistro.

#### **IV. DOS PEDIDOS:**

**ANTE O EXPOSTO**, evidenciados o interesse e a legitimidade da parte autora para o ajuizamento da presente ação, bem assim a possibilidade jurídica do pedido e preenchidos todos os requisitos da petição Inicial, previstos no artigo 319 do Código de Processo Civil, **REQUER**:

**4.1.** Nos termos da Lei 1.060/50 e Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, considerando que a parte autora não dispõe dos recursos para custear o processo, sem prejuízo do seu sustento ou de sua família, **os benefícios da assistência judiciária gratuita**;

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 |  renanpaivaadvocacia@gmail.com  
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



**4.2.** Seja recebida a presente, autuada e conforme Art. 246 inc. I do Código de Processo Civil, determine-se a citação da demandada no endereço já citado no preâmbulo desta Ação, através de carta AR/MP na pessoa de seu representante legal, para vir responder, querendo, no prazo legal a presente ação, sob pena de revelia, quando, então ao final, deverão ser julgados procedentes os pedidos;

**4.3.** Se digne Vossa Excelência em nomear perito, conforme art. 465 do Código de Processo Civil, a fim de que em conjunto com os documentos carreados aos autos, se quantifique o real valor devido ao autor a título de indenização DPVAT;

**4.4.** Devidamente processado o feito, com o respeito ao devido processo legal, seja a presente ação julgada **PROCEDENTE** para:

- 4.4.1. Que se declare devida à parte autora o pagamento da **complementação de indenização** correspondente ao seguro DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, no valor de **R\$ 13.500,00** (treze mil e quinhentos reais), menos o valor pago administrativamente, qual seja, **R\$ 1.687,50** (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), totalizando assim, ao final, a importância de **R\$ 11.812,50** (onze mil e oitocentos e doze reais e cinquenta centavos);
- 4.4.2. Condenar a ré ao pagamento de complementação de indenização referente ao seguro DPVAT, com atualização monetária desde o evento danoso, no valor de **R\$ 11.812,50** (onze mil e oitocentos e doze reais e cinquenta centavos);
- 4.4.3. Condenar a ré ao pagamento de custas judiciais e honorários advocatícios a serem arbitrados por Vossa Excelência.

**4.5.** Requer ainda, a produção de todos os meios de prova admitidos em lei, especialmente prova pericial, documental e outras que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.

Dá se a causa o valor de **R\$ 11.812,50** (onze mil, oitocentos e doze reais e cinquenta centavos).

Termos em que,

pede deferimento.

João Pessoa-PB, 20 de Abril de 2020.

**RUY NEVES AMARAL DA ROCHA**  
OAB/PB 23.263

**RENAN DE CARVALHO PAIVA**  
OAB/PB 21.393

83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | renanpaivaadvocacia@gmail.com  
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB





📞 83 3576-8728 / 99826-8537 / 98708-8728 | 📩 renanpaivaadvocacia@gmail.com  
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB



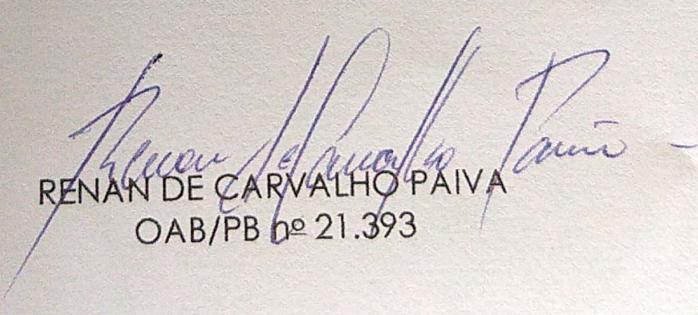
Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 22/04/2020 16:46:42  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042216464133300000028908056>  
Número do documento: 20042216464133300000028908056

Num. 30068710 - Pág. 10

## **SUBSTABELECIMENTO**

Substabeleço **COM** reserva de poderes que me foram conferidos por José Baboelo dos Santos Filho, portador do CPF 034.365. 344-03 e RG 2.516.680 SSP-PB, ao advogado **JHANSEN FALCÃO DE CARVALHO DORNELAS**, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB sob nº 19.339, com escritório cito na Rua Tenente Antônio Pontes, 87-B, Centro, Cabedelo/PB, CEP: 58.310-000, a fim de que ele possa exercer quaisquer atos administrativos e processuais em favor do(a) contratante.

João Pessoa/PB, 20 de março de 2020.

  
RENAN DE CARVALHO PAIVA  
OAB/PB nº 21.393

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 22/04/2020 16:46:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042216464278300000028908068>  
Número do documento: 20042216464278300000028908068

Num. 30068723 - Pág. 1

## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE(S):**

JOSÉ CABOCLO DOS SANTOS Filho, BR 5126186, SOLTEIRO  
ANTONIO, INSCrito no RG 2516680 e CPF 034.365.149-03  
PRESIDENTE E DOMICILIADO NA RUA FREI JOAQUIM, 185 B, MANDA  
CARV, JOÃO PESSOA - PB.

**OUTORGADOS:** RENAN DE CARVALHO PAIVA, brasileiro, casado, advogado, devidamente inscrito na OAB/PB nº 21.393, RUY NEVES AMARAL DA ROCHA, OAB/PB, nº 23.263; FÁBIO MARACAJÁ DE ALMEIDA CARNEIRO, OAB/PB nº 22725 com endereço profissional sito na Av. Cel. Otto Feio da Silveira n 509, sala 202, Pedro Gondim, João Pessoa/PB.

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula "*ad iudicia et extra*", para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar documentos, solicitar e receber laudos e prontuários médico, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e contratual, podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato, atuando estes causídicos em conjunto ou separadamente, independentemente de ordem de nomeação.

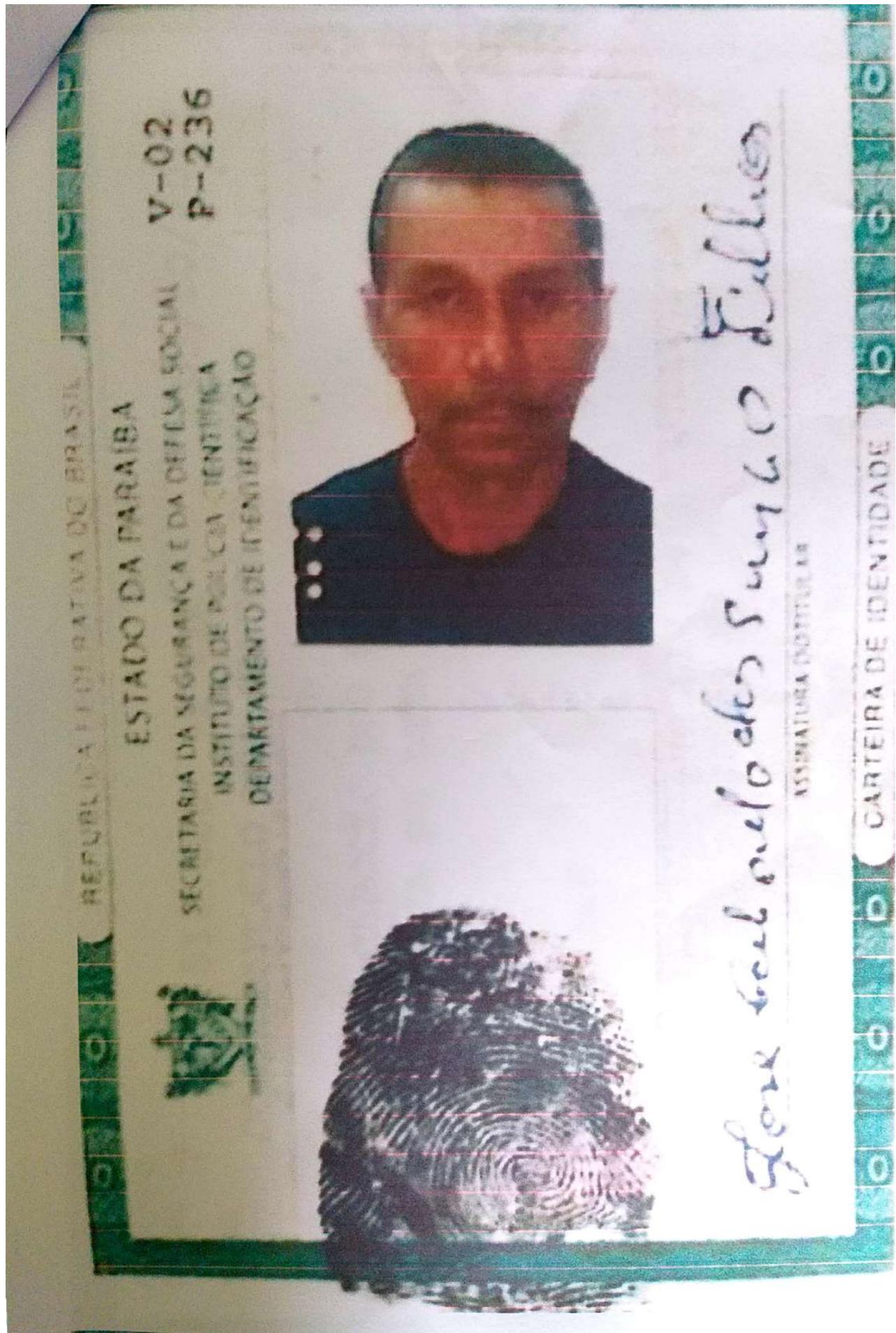
**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em atenção com os termos do art. 105 da Lei 13.105/2015. Requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT.

João Pessoa - PB, 20 de Abril de 2020.

José Caboclo dos Santos Filho  
OUTORGANTE

83 3576-8728 / 98855-1045 / 987088728 |  renanpaivaadvocacia@gmail.com  
Av. Cel. Otto Feio da Silveira, 509, sala 202, João Pessoa-PB





Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 22/04/2020 16:46:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042216464357900000028908074>  
Número do documento: 20042216464357900000028908074

Num. 30068729 - Pág. 1

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROTESTO  
CARVALHO

DATA DE  
EXPOSIÇÃO

2.516.680 -2 VIA 03/10/2012

JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO

PROTESTO

JOSE CABOCLO DOS SANTOS  
SEVERINA MARIA DE LIMA

NATUREZA DA

DATA DE NASCIMENTO

ANO

JOÃO PESSOA - PB  
DOC. ORIGINAL

08/12/1956

NASC. N. 84996 FLS. 170 LIV. A-167  
CARTÓRIO 1º JOÃO PESSOA PB

034.365.144-03  
Assinado por: Rui Oliveira da Silva Neto  
Assessoria de Imprensa, Chefe Gabinete

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

**DETAN - PB**  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA: 0076769569-0 COD. RENAVAM: 20180000507444-8 R.N.T.C.: 00/00000000 EXERCÍCIO: 2018

JOSE CABOCLO DOS SANTOS NOME:

03436514403 CPF/CNPJ: MOL2340/PB PLACA:

NOVO PB 9C2JD17201R016927 PLACA ANT/UF: CHASSI:

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/XLR 125 ES ANO FAB: 2001 ANO MOD: 2001

CAP / POT / CIL: 2 P/124 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: BRANCA

COTA ÚNICA: 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA: 1º FAIXA I PVA: 0 PARCELAMENTO / COTAS: 2º VENC. / COTAS: 3º

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$): \*\*\*\*\* IOF (R\$): \*\*\*\*\* PRÉMIO TOTAL (R\$): \*\*\*\*\* DATA DE PAGAMENTO: \*\*\*\*\* SEGURADO PAGO 09/11/2018

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMÍNIO. OBRIGATÓRIO. NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA.

CONDE - PB LOCAL: 15121 DATA: 09/11/2018 2011

**CONTRAN**

**Autolink**  
Agenzia Veicular de São  
Conselho Superintendente - DETRAN/PB

**SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT**

**PB Nº 014201968800 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

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

[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 09/11/2018

VIA: 03436514403 CPF / CNPJ: MOL2340 / PB PLACA:

RENAVAM: 00767695690 MARCA / MODELO: HONDA/XLP 125 ES

ANO FAB: 2001 CAT. TARIF: 9 Nº CHASSI: 9C2JD17201R016927

PRÉMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$): \*\*\*\*\* DENATRAN (R\$): \*\*\*\*\* CUSTO DO SEGURO (R\$): \*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$): \*\*\*\*\* IOF (R\$): \*\*\*\*\* TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$): \*\*\*\*\*

COTA ÚNICA  PAGAMENTO  PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 09/11/2018

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.608/0001-04

2011-1002087-20181109



## BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda-via de conta.  
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica.: Nº 041.513.753



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc.Est. 16.015.823-0

### DADOS DO CLIENTE

WANDERLUCIA DA COSTA CARVALHO  
RUA FREI JOAQUIM 185 B  
JOAO PESSOA

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1009408-4

| REFERÊNCIA | APRESENTAÇÃO | CONSUMO | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|------------|--------------|---------|------------|---------------|
| ABR/2020   | 06/04/2020   | 64      | 14/04/2020 | R\$ 54,17     |

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

|  |                                 |                               |                                 |                    |
|--|---------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|--------------------|
| BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL   |                                 |                               |                                 |                    |
| 00190.00009 03150.244006 09181.764177 3 8225000005417  |                                 |                               |                                 |                    |
| Pagador: WANDERLUCIA DA COSTA CARVALHO CNPJ/CPF: 784.639.124-00  |                                 |                               |                                 |                    |
| RUA FREI JOAQUIM 185 B - MANDACARU - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000  |                                 |                               |                                 |                    |
| Nosso-Número<br>31502440009181764  | Nr Documento<br>001009408202004 | Data Vencimento<br>14/04/2020 | Valor do Documento<br>R\$ 54,17 | Valor Pago         |
| BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA<br>BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 |                                 |                               |                                 | 09.095.183/0001-40 |
| Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3  |                                 |                               |                                 |                    |



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 22/04/2020 16:46:44  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042216464433400000028908631>  
Número do documento: 20042216464433400000028908631

Num. 30068736 - Pág. 1

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

|  |  |  |  |  |                                |
|--|--|--|--|--|--------------------------------|
| 1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:   |  | <input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) |  | <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE | <input type="checkbox"/> MORTE |
| 2 - Nº do sinistro ou ASL:   | 3 - CPF da vítima:                             | 4 - Nome completo da vítima:<br><b>JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO</b>           |  |  |                                |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |  |  |  |  |                                |
| 5 - Nome completo:<br><b>JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO</b>   |  | 6 - CPF:<br><b>034.365.144-03</b>  |  | 9 - Número:<br><b>SIN</b>                                |                                |
| 7 - Profissão:<br><b>RECUSO</b>  | 8 - Endereço:<br><b>RUA IRACY ANELIA COSTA</b> | 10 - Complemento:<br><b>CABEDELO</b>   |  | 14 - CEP:<br><b>58033-455</b>                            |                                |
| 11 - Bairro:<br><b>CABEDELO</b>  | 12 - Cidade:<br><b>CABEDELO</b>                | 13 - Estado:<br><b>PB</b>  |  | 16 - Tel. (DDD):<br><b>683987088728</b>                  |                                |
| 15 - E-mail:   |  |  |  |  |                                |

## DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

|  |                                  |  |  |  |  |
|--|----------------------------------|--|--|--|--|
| 17 - Nome completo do Representante Legal:   | 18 - CPF do Representante Legal: |  |  | 19 - Profissão do Representante Legal: |  |
| Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).  |                                  |  |  |  |  |
| 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:   |                                  |  |  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00<br><input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00           |                                  |  |  |  |  |
| 21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  |                                  |  |  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):<br><input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)<br><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |                                  |  | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)<br>Nome do BANCO: _____<br><br>AGÊNCIA: <b>0735</b> CONTA: <b>00009338 4</b><br>(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.                               |                                  |  |  |  |  |

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

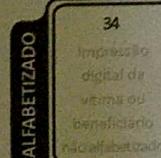
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

|                                       |                                    |  |  |   |                                |   |                             |                              |  |                                     |                             |                              |
|---------------------------------------|------------------------------------|--|--|---|--------------------------------|---|-----------------------------|------------------------------|--|-------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| 23 - Estado civil da vítima:          | <input type="checkbox"/> Solteiro  | <input type="checkbox"/> Casado (no Civil)       | <input type="checkbox"/> Divorciado      | <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente | <input type="checkbox"/> Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:                                     |                             |                              |  |                                     |                             |                              |
| 25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): |  |  | <input type="checkbox"/> Sim                    | <input type="checkbox"/> Não   | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: |                             |                              |  |                                     |                             |                              |
| 28 - Vítima teve filhos?              | <input type="checkbox"/> Sí        | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (valnasor)? | <input type="checkbox"/> Sí                     | <input type="checkbox"/> Não   | 31 - Vítima teve irmãos?  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> 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 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.



35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

**300 PESSOA - PB 28/11/2019**

**Renan Carvalho Paiva**

1 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

38 - 1º | Nome:  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Digitalizado com CamScanner



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, 15 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190666030**      **Vítima: JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO**

**Data do Acidente: 31/08/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO**

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

**Recebedor: JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000735**

**Conta: 000009338-4**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Pag. 01801/01802 - carta\_15R - INVALIDEZ



**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



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 22/04/2020 16:46:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042216464504500000028908635>  
Número do documento: 20042216464504500000028908635

Num. 30068740 - Pág. 2

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1<sup>ª</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**



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

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 13645.01.2019.1.00.401**



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 13645.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:57 horas do dia 28 de novembro 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 Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Jose Caboclo dos Santos Filho**, CPF nº 034.365.144-03, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Pedreiro, filho(a) de Severina Maria de Lima e Jose Caboclo dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/12/1956 (62 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Iraci Almeida Costa, Nº S/N, tendo como ponto de referência Próximo Ao Motel Fogeama., na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98826-5678.

**Dados do(s) Fatos:**

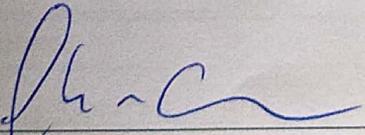
Local: Br 230, Próximo Ao Carajás., Cabedelo/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 31/08/19 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

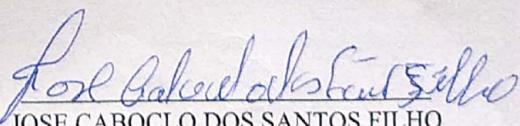
QUE, segundo o declarante no dia 31/08/2019 por volta das 17:00 horas quando transitava, pelo BR-230, Cabedelo-PB; nas imediações do Carajás, com o veículo tipo HONDA/XLR 125 ES ano e modelo: 2001/2001, de cor branca, de placa: MOL2340/PB CHASSI: 9C2JD17201R016927 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto na sua via quando um veículo não identificado deu um "trancão" no declarante invadindo a sua via, que o declarante fez uma manobra abrupta afim de evitar a colisão com o veículo vindo a perder o controle da moto e colidir com o meio-fio, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo por terceiros para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, onde foi diagnosticado, de acordo com o PRONTUÁRIO nº 117.830, FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO CID S 82.1 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo médico JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA CRM 2329/PB.

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, 28 de novembro de 2019.

  
CRISTIANO CRUZ CORDULA

Agente de Investigação

  
JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO

Noticiante

Procedimento Policial: 13645.01.2019.1.00.401

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 22/04/2020 16:46:46

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042216464601300000028908638>

Número do documento: 20042216464601300000028908638

Num. 30068743 - Pág. 1

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

|                    |                               |
|--------------------|-------------------------------|
| NOME DO PACIENTE   | JOSE CABOCLO DOS SANTOS FILHO |
| DATA DE NASCIMENTO | 08/12/56                      |
| NOME DA MÃE        | SEVERINA MARIA DE LIMA        |

### DADOS EXTRAÍDOS

|                        |                                  |
|------------------------|----------------------------------|
| PRONTUÁRIO N.º         | 117.830                          |
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 1.187.069                        |
| DATA DO ATENDIMENTO    | 31/08/19                         |
| HORA DO ATENDIMENTO    | 18:12                            |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO  | ACIDENTE DE MOTOCICLETA          |
| DIAGNÓSTICO (S)        | FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO |
| CID 10                 | S82.1                            |

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo trauma com dor e deformidade no joelho esquerdo. Presença de fratura do platô tibial esquerdo com indicação de cirurgia. Operado e evoluiu sem intercorrências.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de joelho esquerdo

TC de joelho esquerdo

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de platô tibial esquerdo.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial esquerdo.

ALTA HOSPITALAR: 05/09/19

DATA DA EMISSÃO: 07/11/19

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

HETSHL

NOME: JOSÉ CABOCLO DOS SANTOS FILHO BE/PRONTUÁRIO: 1187069  
 IDADE: 62 SEXO: M COR: \_\_\_\_\_ DATA: 4/9/2019  
 CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA  
 CIRURGIA: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO  
 CIRURGIÃO: DR KARTNEY 1º ASS: DR ROBERTO  
 2º ASS: \_\_\_\_\_ 3º ASS: \_\_\_\_\_  
 INSTRUMENTADOR: \_\_\_\_\_ ANESTESISTA: KALLINE  
 TIPO DE ANESTESIA: RAQUIANESTESIA HORÁRIO INÍCIO: \_\_\_\_\_ TÉRMINO: \_\_\_\_\_

| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO              | CID |
|---|-----|
| <u>FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO</u> |     |
|   |     |
|   |     |
|   |     |
|   |     |
|   |     |

| PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS  | CÓDIGO |
|---|--------|
| <u>TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE TÍBIA PROXIMAL ESQUERDA</u> |        |
|   |        |
|   |        |
|   |        |
|   |        |
|   |        |

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: NÃO

DESCRIÇÃO: \_\_\_\_\_  
 BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: \_\_\_\_\_

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

ENFERMARIA \_\_\_\_\_ TERAPIA INTENSIVA \_\_\_\_\_  
 RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_ ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO \_\_\_\_\_

MÉDICO/CRM: \_\_\_\_\_ DATA: 4/9/2019  
 CRM 5804

Digitalizado com CamScanner



RELATÓRIO DE CIRURGIA

HEETSHL

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA

ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS

ESVAZIAMENTO E GARROTEAMENTO COM FAIXA DE SMARCH

Incisão:

INCISÃO ANTEROLATERAL DO JOELHO ESQUERDO

DISSECÇÃO POR PLANOS

HEMOSTASIA

Achados:

FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

Conduta:

REDUÇÃO DIRETA DA FRATURA

FIXAÇÃO COM PLACA EM L DA CAIXA 4,5 6X2 COM 2 PARAFUSOS ESPONJOSOS E 3 CORTICais

AUXÍLIO DE ESCOPA

LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICA COM SF 0,9%

REVISÃO DE HEMOSTASIA

Fechamento:

SUTURA POR PLANOS

URATIVOS ESTÉREIS

RETIRADA DE GARROTE

OA PERFUSÃO DISTAL

Observação:

RAIO-X DE CONTROLE

Medico/CRM:

João Pessoa,

4/9/2019

Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5809  
09/10

Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: RENAN DE CARVALHO PAIVA - 22/04/2020 16:46:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20042216464696800000028908643>

Número do documento: 20042216464696800000028908643

Num. 30069299 - Pág. 3



**Poder Judiciário da Paraíba  
12ª Vara Cível da Capital**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)0823855-94.2020.8.15.2001

**DESPACHO**

*Defiro os benefícios da assistência judiciária gratuita*

Vistos, etc.

1.) Depreende-se dos autos eletrônicos acima identificados que o presente feito achava-se aguardando o agendamento de data para a realização da audiência de conciliação/mediação, para cumprimento do rito do art. 334 do CPC.

Acontece, porém, que sobreveio a pandemia decorrente do "covid-19", inviabilizando, *sine die*, a realização de atos processuais presenciais nas dependências do Poder Judiciário.

Neste contexto, se afigura necessário o prosseguimento do feito, afim de evitar prejuízos à prestação jurisdicional, sem prejuízo da realização da tentativa conciliatória, a qualquer tempo, mediante *manifestação expressa de ambas as partes*, desde que presente o *efetivo interesse* na autocomposição, o que faço em consonância com o **Enunciado 35 da ENFAM**:

*"Além das situações em que a flexibilização do procedimento é autorizada pelo art. 139, VI, do CPC/2015, pode o juiz, de ofício, preservada a previsibilidade do rito, adaptá-lo às especificidades da causa, observadas as garantias fundamentais do processo".*

ISTO POSTO,

2.) Recebo a petição inicial, eis que observados os requisitos do art. 319 do CPC

3.) CITE-SE a parte RÉ para os termos da ação, sob às penas de revelia e confissão. Prazo para defesa: 15 dias.

3.1 Oferecida à defesa, à IMPUGNAÇÃO, no prazo de 15 dias.

3.2 Na sequência, à ESPECIFICAÇÃO DE PROVAS, no prazo comum de 15 dias, *sob pena de julgamento antecipado da lide*.

Intimações necessárias. Cumpra-se.



Assinado eletronicamente por: MANUEL MARIA ANTUNES DE MELO - 09/06/2020 12:14:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060912140966000000030115957>  
Número do documento: 20060912140966000000030115957

Num. 31393776 - Pág. 1

João Pessoa, (data/assinatura digital)

MANUEL MARIA ANTUNES DE MELO

Juiz(a) de Direito



Assinado eletronicamente por: MANUEL MARIA ANTUNES DE MELO - 09/06/2020 12:14:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060912140966000000030115957>  
Número do documento: 20060912140966000000030115957

Num. 31393776 - Pág. 2