



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE SAO BENTO/PB**

Processo n.º 08004456920208150881

**MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOAO DA CONCEICAO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.º, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexiste nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Observe que o boletim de ocorrência informa acidente em 03/07/2019, no entanto a documentação médica encontra-se datada em 04/07/2019.



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N.º 1061/2019**

Natureza da ocorrência: **Acidente de Trânsito**

Data do fato: **03/07/2019** horas: **18:00**

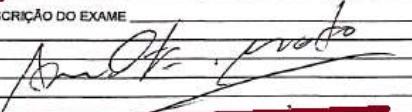
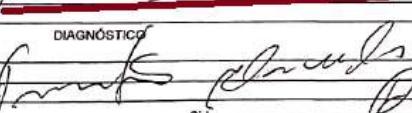
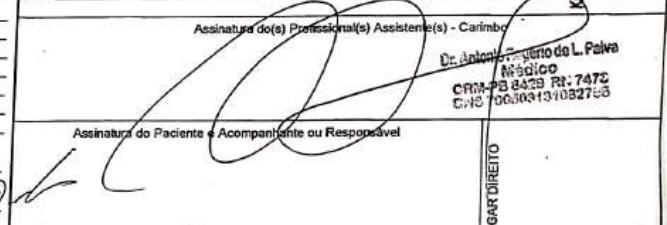
Notificante: **João da Conceição**, alcunha "Joaozinho", Nacionalidade: brasileira, naturalidade: Paulista-PB, nascido em 29/12/1962, documento: RG nº1.251.137 SSP-PB, filho(a) de **Iuiza Maria da Conceição** e do pai não declarado, endereço: Rua Alicio Alexandre da Silva, 41, Portal, São Bento-PB, referência: (83)9.9958-3904.

Sob a responsabilidade do(a) Bel(s): **Leonardo Araújo Nunes**

Vítima: **\*\*\*\*\***, alcunha **\*\*\*\*\***, Nacionalidade: **\*\*\***, naturalidade: **\*\*\***, idade: **\*\*\***, nascido em **\*/\*\*/\*\*\***, cor/raça: **\*\*\*\*\***, Estado Civil: **\*\*\*\*\***, Profissão: **\*\*\***, Escolaridade: **\*\*\*\*\***, documento: **\*\*\***, filiação: **\*\*\* e de \*\*\***, endereço: **\*\*\***, referência: **\*\*\***. Tel/Cel:(**\*\*\***) **\*\*\***

**HISTÓRICO DO FATO**

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cometidas ao Art. 299 do CPB, declarou o **SEGUINTE**: Que estava conduzindo a motocicleta Honda Biz, ano 2012/2012, vermelha, placa OFGS167, chassis 9C2JC4820CR057551, licenciado em nome de João da Conceição, no momento em que na avenida Prefeito Pedro Eulálio, São Bento-PB, uma outra motocicleta (não identificada) avançou a contra-mão da avenida, e o notificante ao desviar desse veículo veio a desequilibrar e cair ao solo, tendo sofrido várias lesões físicas em decorrência deste sinistro; Que foi socorrido ao Hospital Maria Paulino Lucio em São Bento-PB e posteriormente atendido no Hospital Regional Janduhy Carneiro em Patos-PB. Nada mais a consignar.

 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BENTO - PB SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</p>			Procedimento		Serviços Realizados		CBO		DADE		
CNES:	2613549	CNPJ: 09.069.709/0001-18	Ficha Número: 230399								
NOME:	HOSPITAL MARIA PAULINO LUCIO										
ENDERECO:	FLORENCIO CANDIDO RAMALHO, 388 CENTRO CEP 58.865-000										
CIDADE:	SAO BENTO			ESTADO: PARABIA	UF: 25						
Atendimento:	CONSULTA										
Paciente:	JOAO DA CONCEICAO										
Mae:	LUIZA MARIA DA CONCEICAO										
Nascimento:	29/12/1962	Idade: 56	Cor: PARDIA	Sexo: M							
Profissao:	AGRICULTOR(A)										
Endereco:	ALICIO ALEXANDRE DA SILVA			Num.:							
Bairro:	LOTEAMENTO PORTAL			Fone:							
Cidade:	SAO BENTO - PB - 58865-000 - 2513901										
CNS:	709-8000-6552-2398			Identidade:	1.251.137 SSP PB						
CPF:				Reg. Nas.:							
Data / Hora:	04/07/2019 08:29:07			Recepionista:	PRISCILA LUCIO	12713					
MOTIVO DO ATENDIMENTO E DESCRIÇÃO DO EXAME											
											
DIAGNÓSTICO											
Caracterização Atendimento											
NATUREZA DA CONSULTA			TIPO DE ATENDIMENTO								
<input type="checkbox"/>	Consulta simples	<input type="checkbox"/>	Urgência/Emergência (com Proc.)	<input type="checkbox"/>	Primeira consulta						
<input type="checkbox"/>	Consulta com medicamento	<input type="checkbox"/>	Consulta Subsequente	<input type="checkbox"/>	Urg/Emerg. c/ referência p/ outra unidade						
<input type="checkbox"/>	Consulta com observação	<input type="checkbox"/>	Consulta c/ referência p/ outra unidade	<input type="checkbox"/>	Consulta c/ referência p/ outra unidade						
MEDICAÇÃO			ENCAMINHAMENTO			<input type="checkbox"/> PI/ outro Hospital					
						