



Número: **0811618-62.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/03/2019**

Valor da causa: **R\$ 6.075,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ANTONIO VITURIANO DE ABREU (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
40749 693	17/03/2021 12:16	<u>Petição</u>	Petição
40749 696	17/03/2021 12:16	<u>2593983_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos
40749 697	17/03/2021 12:16	<u>2593983_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANEXO_02</u>	Outros Documentos

ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/03/2021 12:16:19
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031712161954100000038808789>
Número do documento: 21031712161954100000038808789

Num. 40749693 - Pág. 1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08116186220198152001

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 **SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA**, 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:

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

Houve o pagamento administrativo no valor de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)

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.

Cumpre ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 15 de março de 2021.

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/03/2021 12:16:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031712161997400000038808792>
Número do documento: 21031712161997400000038808792

Num. 40749696 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/03/2021 12:16:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031712161997400000038808792>
Número do documento: 21031712161997400000038808792

Num. 40749696 - Pág. 2



Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180554414**
Vítima: **SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA**
Data do Acidente: **08/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180554414**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13649233



Pag. 00869/00870 - carta_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/03/2021 12:16:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031712162015300000038808793>
Número do documento: 21031712162015300000038808793

Num. 40749697 - Pág. 1



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL CPF da Vítima Nome completo da vítima
056.739.554-56 Jeverino Carlos dos S. Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Jeverino Carlos dos S. Silva</i>	CPF titular da conta <i>056.739.554-56</i>	Profissão <i>auxiliar de Enfermeiro</i>
Endereço <i>Br. Bandeira Soimz</i>	Número <i>57</i>	Complemento <i></i>
Bairro <i>Barra Nova</i>	Cidade <i>Santa Rita</i>	Estado <i>Pb</i>
Email <i></i>	CEP <i>59300000</i>	Telefone (DDD) <i></i>

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO. <input type="text"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> CONTA NRO. <input type="text"/> D/V	
AGÊNCIA NRO. <i>1914</i>	CONTAS NRO. <i>00135101</i>	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

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

João Pessoa, 22 de novembro de 2018

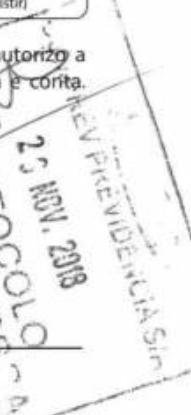
Local e Data

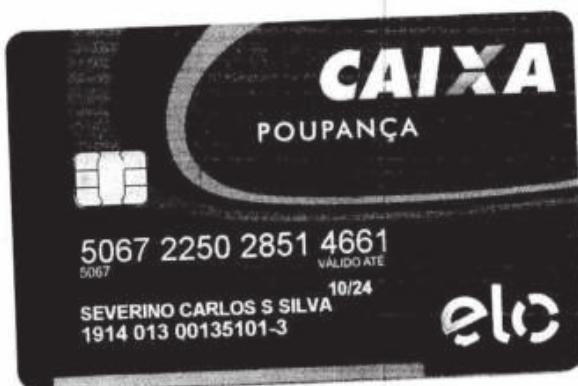
+ Suelio Carlos dos Santos Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/03/2021 12:16:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031712162015300000038808793>
Número do documento: 21031712162015300000038808793

Num. 40749697 - Pág. 3

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Especializada de Acidentes de
Veículos da Capital



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA

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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02208.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02208.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 13:35 horas do dia 14 de novembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigacao, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Severino Carlos dos Santos Silva**, CPF nº 056.739.554-56, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Expedição, filho(a) de Josilene dos Santos Silva e Marcos Antonio da Silva, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 29/11/1984 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Dr. Bandeira Lins, Nº 57, bairro Várzea Nova, tendo como ponto de referência Bar de Brizola, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98799-6702.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua da Mangueira, De Frente Ao Psf, Santa Rita/PB, bairro Várzea Nova; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 08/06/18 07:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia o CICLOMOTOR SHINERAY XY50Q PHOENIX, PRETO, 2013/2014, PLACA QFY3128/PB, CHASSI LXYXCBL07E0517007, registrada em nome de Luiz Carlos de Souza, quando colidiu na lateral direita de um CARRO SANDERO, VERMELHO, OFZ0607/PB, o qual transitava no sentido oposto e repentinamente a condutora fez uma manobra para estacionar no PSF, interceptando a passagem do noticiante; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1407/2018, EXPEDIDA PELA DR^a ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 11.10.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelos BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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.

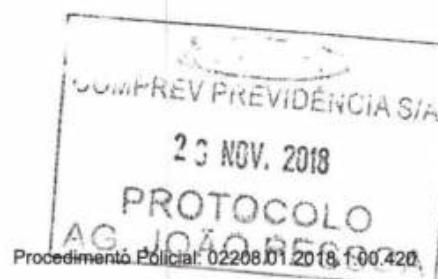
João Pessoa/PB, 14 de novembro de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA

Agente de Investigacao

SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA

Noticiante



1/1





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Maxerimo Carlos dos S. Silva CPF da Vítima 056.739.554-56 Data do Acidente 08/06/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

_____, de _____ de _____
Local e Data

Suelio Moreira Torres

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI001 V001/2017

23 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PEGSCA



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
PRESIDENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
53006-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 134936 Atd: Nao Regula
Data: 08/06/2018
Hora: 08:29:19
Repcionista: LENICE FLORENCIO DE A
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2673563 Num. Prontuario: 2018.06.000975
Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 29/11/1984 Id: 33 ano(s)
End.: RUA DOUTOR BANDEIRA LINS, 57

Bairro: VARZEA NOVA Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF :PB

Mae: JOSILENE DOS SANTOS SILVA Pai: MARCOS ANTONIO DOS SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ANA PAULA ESPOSA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Tipo de ferite utilizado: BOMBEIROS

Vitima de acidente por: COL.MOTOXCARRO EM VAZEA NOVA

Vitima de violência por: COND

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispineia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: 02%:

[] Regular [] MPREV PRÉVIDENCIAS/A

Queixa Principal

[] Vomito

VITIMA DE COLISAO CARRO X MOTO, COM CORTE
CONJO E TRAUMA EM MID

Observacao

23 NOV. 2018

PROTÓCOLO

AG. JOAO PESSOA

História - Exame Físico - (hora do atendimento medico)

Presente relato de acidente de moto c/ trauma em tornozelo d'olho
estendido e ferimento local

Diagnóstico

| Conduta

Prescrição

| Horário da medicacão

Sol cc de urgencia

JL
Dr. Henrique Romão L. Nóbrega
Ortopedia/Traumatologia
Av. Dr. Soárez 5000
CEP: 50020-060



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Reservado p/ liberar@REV PRÉVIDÊNCIA S/A

Assinatura da Enfermagem

25 NOV. 2018

**PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA**

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

~~Anne Brels~~ psichia

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



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: 07/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000135101-3

Nr. da Autenticação A068592F4AF5A3E9



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/03/2021 12:16:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031712162015300000038808793>
Número do documento: 21031712162015300000038808793

Num. 40749697 - Pág. 8

ANA PAULA DOMINGOS DA SILVA
RUA DR BANDERA LINS ST - VARZEA NOVA
SANTA RITA/PB CEP: 59300002 (AG: 1)

Emissão: 14/11/2018 Referência: Nov/2018
Energisa Paraíba - Distribuidora de Energia S/A
Classe/Serviço: RESIDENCIAL /BAIXA TENSÃO MONOFÁSICO 220V/1F25-Direto Residencial-PB, CEP:58271-610
CNPJ:09.095.133/0001-40 Iins Est: 16.016.422-3
Roteiro: E-B-670-4080 N° medida: 0000658767



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica N°015496705

Cód. para Débito Automático: 00001577014

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018 14/11/2018 13/12/2018 060.567.194-80
Insc. Est:

UC (Unidade Consumidora): 5/157701-4

Canal de contato

+ Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias						
Data	Leratura	Data	Leratura							
16/10/18	15147	16/11/18	15157	110						
Demonstrativo										
CCN	Descrição	Quantidade	Tarifa(S)	Valor Base Calc.	Aliq. IPI(R\$)	Base Calc. PIS(R\$)	Base Calc. COFINS(R\$)	COFINS(R\$)		
0801	Consumo ate 30KWh-BR	30.000	0.294540	8.83	8.83	27	2.30	3.43	0.08	0.37
0801	Consumo - 31 a 100KWh-BR	70.000	0.497800	24.14	24.14	27	6.23	34.14	0.22	1.48
0801	Consumo - 101 a 220KWh-BR	10.000	0.721700	7.31	7.31	27	1.97	7.31	0.07	0.33
0801	Adic. B Vermelha			1.28	1.28	27	0.81	2.28	0.02	0.12
0801	Adic. B Amarela			0.42	0.42	27	0.11	0.42	0.00	0.02
0810	Subsídio	45.13	45.13	37	12.76	45.13	0.43	1.96		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTAS SERV. LUM. PÚBLICA			0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0803	CUSTO DE RELIGAÇÃO NORMAL 11/2018			0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0804	JUROS DE MORO 09/2018			0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	MULTA 09/2018			0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0806	MULTA 10/2018			0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0809	PARCELAMENTO DE DÉBITO 1M12			0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0805	ATUALIZAÇÃO MENSAL 11/2018			0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
0808	Devolução Subsídios	-30.62	0.00	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
CCN	Crédito de Classificação do item	TOTAL	109.77	97.81	29.40	87.81	0.82	4.24		

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
22/11/2018 R\$ 109,77
Histórico de Consumo (kWh)

202 | 115 | 112 | 146 | 120 | 136 | 120 | 113 | 120 | 112 | 106
Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18

ATUALIZADO AO FIM DO

4cbc.cfb2.23ba 983e.98eb.1dcc.7d1d.6c87

Indicadores de Qualidade 01/2018 - Santa Rita		
Límites	Apurado	Límite de Tensão (V)
DIG MENSAL	6.66	0.00
DIG TRIMESTRAL	11.10	NOMINAL
DIG ANUAL	22.21	220
PDI MENSAL	0.00	CONTRATADA
PDI TRIMESTRAL	0.00	UNIÃO FEDERATIVA
PDI ANUAL	0.00	UNIÃO FEDERATIVA
DIG MENSAL	3.20	0.00
DIG TRIMESTRAL	12.22	220
DIG ANUAL	24.44	220

Discriminação	Valor (R\$)
Serviços de Dist. de Energia/PB	12.45
Compra de Energia	10.30
Serviço de Transmissão	1.29
Encargos Sistêmicos	1.29
Impostos Diretos/Fixos	0.60
Outros Serviços	0.60
Total	109.77
Valor da Fatura (R\$ 109,77)	100,00

Válida de 01/01/2018 a 31/12/2018

Faturas em atraso

PROTÓCOLO
23 NOV. 2018
REV. PREVIDÊNCIAS SA
COMPETÊNCIA

& energisa PARAÍBA VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
22/11/2018 R\$ 109,77
Matrícula: 157701-2018-11-1
83620000001-3 09770054000-4 01577012018-4 11100009019-6



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/03/2021 12:16:20
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031712162015300000038808793
Número do documento: 21031712162015300000038808793

Num. 40749697 - Pág. 9

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA ADRIANO DE SOUZA QUARTE, 157 - SALA 08 - MANGABEIRA
CEP 66060-000 - FONE/FAX (65) 3265-8140



BRUNO GAMBARELLI, DOTTARO DI VENEZIA, E' IL SOLO
CHE HA CONSEGNATO UNA TUTTA LIBERA CERTIFICAZIONE

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Out / 2018	22/10/2018	21/11/2018	010.842.224-45
UC (Unidade Consumidora):			5/1698359-7

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias		
Data	Lectura	Data	Lectura	Unidade	Tarifa	Var. Estimada	Acumulada	Resíduo	Período	Último
Demonstrativo										
001	Descrição			Quantidade	Tarifa	Var. Estimada	Acumulada	Resíduo	Período	Último
0021	Consumo kWh	204.000	209.620	170.75	170.75	28	42.04	177.75	21	5.61
0021	Alt. B. Volumétrico			177	16.72	29	253	15.72	0.15	0.48
VALORES DE REFERÊNCIA										
0021	Consumo kWh	204.000	209.620	170.75	170.75	28	42.04	177.75	21	5.61

VENCIMENTO **TODA A PAGAR**

BR 207/23

2 1 8 3 12 1 44 1 20 1 4 1 150 1 211 1 213 1 162 1 203 1 163

acb7.d360.4152.6dfc.e508.1855.4f76.7143

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC MENSAL	0,00	0,00	0,00
DC TRATESTRAL	0,00	0,00	0,00
DC ANUAL	0,00	0,00	0,00
DC MENSAL	0,00	0,00	0,00
DC TRATESTRAL	0,00	0,00	0,00
DC ANUAL	0,00	0,00	0,00

Discriminante	Valor (t5)	%
Entre 20 y 29 años	45,44	45,23
Entre 30 y 39 años	17,14	17,02
Entre 40 y 49 años	17,14	17,02
Entre 50 y 59 años	17,14	17,02
Total	99,99	100,00

ATENÇÃO

Rebutante Tariq and Vigilante 20/03/13-Ref: A4621,WF2 429-Bruce T-0130 15.61% Moes
Rebutante Tariq and Vigilante 20/03/13-Ref: A4621,WF2 429-Art: Tariq 15.75% Moes
Lamborghini

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

PARÁIBA 29/10/2018 R\$ 207,23



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/03/2021 12:16:20
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103171216201530000038808793>
Número do documento: 2103171216201530000038808793

Núm. 40749697 - Pág. 10



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Severino Carlos dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.739.554-56 do sinistro de DPVAT cobertura unidade da Vítima Severino Carlos dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 056.739.559-56 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

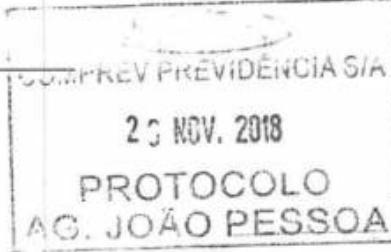
Endereço	Número	Complemento
<u>Agente Fiscal José L. D'Urte</u>	<u>157</u>	
<u>Mangabeira</u>	<u>PB</u>	<u>58056-384</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>99312-1170</u>	Telefone celular (DDD) <u>98663-4960</u>

João Pessoa, 21 de novembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017





CERTIDÃO

Nº. 1407/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 134936 e Prontuário Nº 2018.06.000975 pertencentes a **SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA** que foi atendido dia 08/06/2018 às 08H29min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de talus direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 08/06/2018 com alta médica dia 12/06/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 11 de outubro de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 08/06/11

Nome: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS FILHO
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento / /

QPD: DEFOMIDATE E - TINZ

HDA: VITIAZ DE ACIDENTE MOTO, COM DEFOMIDATE

Dor em mid TINZ

ASSISTEV PREVIDÊNCIA S/A

25 NOV. 2010

PROTÓCOLO

AC. JOÃO PESSOA

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispnéia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melenas []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____ []HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:Peso: ____ Kg Altura: ____ m IMC = ____ PA= ____ mmHg
FC= ____ FR= ____ TEMP(°C)= ____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____
_____Hipóteses Diagnósticas: EX EXPOSIÇÃO DE TALUS.Conduta: INTERNO P/ TRATAMENTO CIRÚRGICO

Yury Cordeiro
 CRM PB: 11507
 DA HELDER





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	08/06/18.	Cirurgião: <i>Dra HELDEN</i>		1º Assistente:	<i>Dra Yvelly</i>
2º Assistente:	3º Assistente:		Instrumentador:		
Anestesista:	Tipo Anestesia: <i>GA 2-6</i>		Horário:	I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>FRACTURA LUXAÇÃO DE FÍBULA.</i>				<i>S. 930</i>	
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo.</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>REDUÇÃO INCISÃO + LMC.</i>					
<i>UNIVERSIDADE FEDERACAO PARA PREVIDÊNCIA SOCIAL</i>					
<i>29 NOV. 2018</i>					
<i>PROTÓCOLO AC. JOÃO PESSOA</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 (<input type="checkbox"/>) Sim	Descreva:		
		2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não			
Biópsia de Congelação:		1 (<input type="checkbox"/>) Sim			
		2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2(<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3(<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

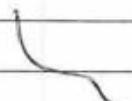


DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE C - DDH SOB ANESTESIA.
ANESTESIA E ANTISÉPSICO.
POSICAO DE CAMPOS ESTERILIZADOS.

Incisão:



Achados:

LUXO(PO) DE TOLOS.

Conduta:

LIMPEZA EXCUTIVA COM SFG 9%.

REALIZADO MANOBRA DE REDUÇÃO INCERATO.

SÓIS ESCOVADA.

LIMPEZA COM SFG 9%.

CONFIRMADO PREVIDENCIARIA
23 NOV. 2018
AC. PROTOCOLO
JOÃO PEDROSA

Fechamento:

SLICHA DE PELE.

Nº CO-THOL-1.

TOLA BOA.

OBS:

ANTIBIOTICO TECUMPIA ALTA PROBABIL SECUNDARIA

DR. GOMES - AVULSIÃO RX NÃO EVIDENCIADO PX.

Yuri Cordeiro
CRM PB: 11507
MÉDICO/CRM

Data: 08/10/18

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



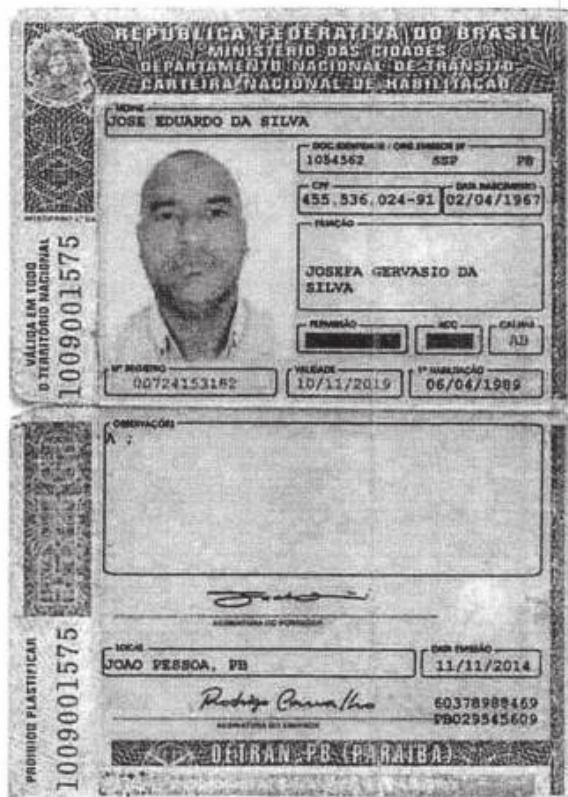
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/03/2021 12:16:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031712162015300000038808793>
Número do documento: 21031712162015300000038808793

Num. 40749697 - Pág. 16



20 NOV. 2018
PROTOCOLO
AO. JOÃO PESSOA
MPREV PREVIDÊNCIA S/A





23 NOV. 2018
PROTÓCOLO
AC. JOÃO PESSOA
LIAFREV PREVIDÊNCIAS /



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/03/2021 12:16:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031712162015300000038808793>
Número do documento: 21031712162015300000038808793

Num. 40749697 - Pág. 18

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180554414 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 08/06/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/12/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TALUS DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180554414 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 08/06/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/12/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TALUS DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Severino Carlos dos Santos Silva,
brasileiro(a), estado civil Baltero, profissão
Auxiliar de Expedição, CI RG nº 2673563,
CPF/MF nº 056.739.554-56 residente e domiciliado(a) à Rua
R. DR Bandeira Lins, 57 Várzea Nova.
Cidade de Santa Rita, Estado
Paraíba, CEP: 583.0000, telefone
(83) 99342 5570, 9 8663 4900.

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG
sob o n.º 1054562, com endereço cito à Rua: Agente Fiscal José C. Duarte,
157, Sala 06 Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para:
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Santa Rita - PB, 11 de novembro de 2018.

Severino Carlos dos Santos Silva

OUTORGANTE

CARTÓRIO DIST. VÁRZEA NOVA-SANTA RITA/PB

Rua Anésio A. Miranda , 543, Várzea Nova, Santa Rita - PB - Várzea Nova

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:

SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA

Dou f/c. Santa Rita/PB - 14/11/2018

Substituto: Tarcisio Fernandes de Oliveira

Selo Digital:AHU38025-SRO9

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$ 9,48 FARPEN R\$ 0,28 MP R\$ 0,15 FEPJ R\$ 1,74



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426308/18

Vítima: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA

CPF: 056.739.554-56

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/06/2018

Titular do CPF: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

SEVERINO CARLOS DOS SANTOS SILVA : 056.739.554-56

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/11/2018
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

JOSE EDUARDO DA SILVA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/03/2021 12:16:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031712162015300000038808793>
Número do documento: 21031712162015300000038808793

Num. 40749697 - Pág. 22

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180554414 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO CARLOS DOS SANTOS **Data do acidente:** 08/06/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
SILVA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO TALUS DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total		5 %	R\$ 675,00	

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

