



---

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10156166

A/C: SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS

**Sinistro:** 3160721058 ASL-1177344/16  
**Vitima:** SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS  
**Data Acidente:** 19/03/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2016

Carta nº: 10179493

A/C: SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS

**Sinistro:** 3160721058 ASL-1177344/16  
**Vítima:** SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS  
**Data Acidente:** 19/03/2016  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 04 de Janeiro de 2017

Carta n°: 10302087

A/C: SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS

Sinistro: 3160721058 ASL-1177344/16  
Vitima: SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS  
Data Acidente: 19/03/2016  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000617

Conta: 0000021326-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

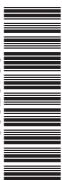
Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =	R\$	4.725,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3160721058 - 1

Nome do(a) Examinado(a): SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS

Endereço do(a) Examinado(a): AV MIN JOSE AMERICO DE ALMEIDA nº 110 - TORRE - JOAO PESSOA/PB

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 4451379 - SSP

Data local do exame: 22/12/2016 JOAO PESSOA/PB

## Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FRATURA DE FÉMUR PROXIMAL DIREITO.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM  NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM  NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

**FRATURA TRANSTROCANTERIANA DE FÉMUR DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA MEDINDO CERCA DE 11 CM NA FACE LATERAL EXTERNA DA COXA E QUADRIL DIREITO. EVOLUIU COM MARCHA CLAUDICANTE, LIMITAÇÃO DA CAPACIDADE DE AGACHAMENTO, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E SOBRECARGA DA COLUNA LOMBAR.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

SIM  NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**LIMITAÇÃO DA CAPACIDADE DE AGACHAMENTO, LIMITAÇÃO DA COXO FEMURAL, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E CLAUDICAÇÃO**

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

Vítima em tratamento

Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

**MEMBRO INFERIOR DIREITO**

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

Região Corporal(Sequela)

Região Corporal(Sequela)

10%  25%  50%  75%  100%

10%  25%  50%  75%  100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*):

Total = "100% da IS"

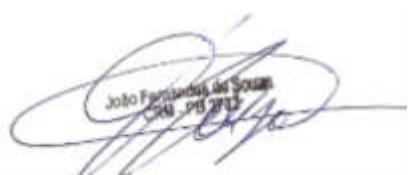
V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

**MANTIDO ENQUADRAMENTO DO MÉDICO EXAMINADOR -**

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - JOAO PESSOA, 22/12/2016

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB





## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT



Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Jeronimo José de Souza Moreira

PORTADOR(A) DO RG Nº 04451379

EXPEDIDO POR SSP

EM 22/09/06 E

CPF 905.278.959-15 /CNPJ 0000000000000000, PROFISSÃO estagista  
 E RENDA MÉSAL DE R\$ 1000,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
 SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Jeronimo José de S. Moreira, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
 DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da Indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotáticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

**PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)**

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

**PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)**

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0617 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 24326-4

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E SOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

J. P. Moreira S. de Melo  
 LOCAL E DATA

J. P. Moreira S. de Melo  
 ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO


**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotrânsito.com.br](http://www.dpvatsegurodotrânsito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
Delegacia Geral Da Polícia Civil  
1<sup>o</sup> Superintendência Regional De Polícia Civil  
Delegacia Especializada De Acidentes De  
Veículos Da Capital



## CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01076.01.2016.1.02.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01076.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 02 dias do mês de Junho de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, **FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO**, comigo, **RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO**, Agente De Investigacao, às 10:21 horas, compareceu **SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS**, nacionalidade BRASILEIRA, profissão ESTOQUISTA, naturalidade [NÃO INFORMADO], data de nascimento 12 de Novembro de 1972, idade 43, filiação JULIA MATIAS DE SOUZA e JOSE MANOEL DE MORAIS, Documento - CPF: 905.278.954-15, residente AV. MIN. JOSÉ AMÉRICO DE ALMEIDA,110, Torre, na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 99816-0435

---

### DADO(S) DO(S) FATO(S)

---

Ocorrência 1:

Data/Hora do Fato: 19/03/16 11:45

Tipo do Local: VIA/LOCAL DE ACESSO PÚBLICO (RUA, PRAÇA, ETC)

Local do Fato: AV. MAL. DEODORO DA FONSECA, Torre, João Pessoa - PB

#### E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 19/03/2016, POR VOLTA DAS 11:30 HORAS, QUANDO CONDUZI A MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/CG 125 FAN KS, DE COR PRETA, ANO 2011, PLACA NQC9434/PB, CHASSI - 9C2JC4110BR754882, REGISTRADA EM NOME DE ALBERDAN CORREA DE ANDRADE, PELA AV: MAL. DEODORO DA FONSECA, BAIRRO: TORRE - JOÃO PESSOA/PB, O NOTIFICANTE ESTAVA PARADO EM UM SEMÁFORO QUE ESTAVA VERMELHO E AO FICAR VERDE, O NOTICIANTE AO SAIR FOI ATINGIDO NA LATERAL DIREITA POR UM VEÍCULO QUE PASSOU NO SINAL VERMELHO, E EM DECORRÊNCIA DESSE FATO VEIO A SOFRER FRATURA DE FÉMUR DA Perna DIREITA, SENDO SOCORRIDO E CONDUZIDO PELO SAMU, PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NESTA CAPITAL.

Secretaria da  
**Segurança e da Defesa Social**  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
Delegacia Geral Da Polícia Civil  
1<sup>a</sup> Superintendência Regional De Polícia Civil  
Delegacia Especializada De Acidentes De  
Veículos Da Capital



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**



Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dóu fé.

João Pessoa (PB) 02 de Junho de 2016

*Severino José de Souza Moraes*

SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS

Noticiante

*Rivaldo Marcos de Souza Melo*

RIVALDO MARCOS DE SOUZA MELO

Agente De Investigacao



DECLARAÇÃO DE AUSSÉNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Serenino José de Souza Moraes, portador da carteira de identidade nº 4451379 e inscrito no CPF/MF sob o nº 905278954-15, residente e domiciliado na Aru. Mun. José Américo de Almeida, Cidade João Pessoa, Estado PB, 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:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido 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 a 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 Líder 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 impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Serenino José de Souza Moraes

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

João Pessoa, 5/9/16

Local e data

# 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: 29/12/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000000021326-4

---

Nr. da Autenticação 6C8D2817B2932EB1



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Serginho José de Souza Moraes

RG nº 4451379 data de expedição 22/09/06, Órgão SSP,

CPF nº 905.278.954-15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Avt. Min. José Américo de Almeida</u>
Número	<u>110</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Torre</u>
Cidade	<u>João Pessoa</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58040 300</u>
Telefone de Contato	<u>98160 0435 / 988442613</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me,

Local e Data:

João Pessoa, 5/9/10

Assinatura do Declarante:

Serginho José de Souza Moraes

CENTRAL DE ATENDIMENTO  
TELEFONIA E BANDA LARGA: 103 25CENTRAL DE ATENDIMENTO  
TV POR ASSINATURA: 106 25DEFICIENTES AUDITIVOS  
E DE FALA:ENDERECO PARA CORRESPONDÊNCIA  
GVT S.A. - CEP 13010-900  
Av. das Nações Unidas, 10000  
Brasília - DF - Brasil

142 | www.gvt.com.br

CLÁUDIA LUCIA FIRMO DA SILVA

DATA DE EMISSÃO: 15/03/2016

AVENIDA MINISTRO JOSE AMÉRICO DE  
ALMEIDA 300  
TORRE  
58040-300 JACAREPAGUA/PBNúmero do cliente  
8999 9967 3404Data de emissão  
01/03/2016Estado de origem  
ParaíbaNº da telefonia  
8330313646Endereço  
ResidencialNúmero da fatura  
03228757970Período de abertura  
01/01/2016 a 20/02/2016

RESUMO	
PRESTADORA GVT	
Promo Colmeando / Serviços Mensais	
Internet	00,00
Telefone	62,84
Total	134,14
Serviços Eventuais	0,00
Total	0,00
TOTAL GERAL A PAGAR	134,14

## VALOR (R\$)

## Histórico de consumo

DATA	HORA	TIPO	VALOR	DETALHAMENTO
15/03/2016	10:45:00	LIGAÇÃO	00,00	

Data de Ligação: 00/00/0000 00:00:00 - 00/00/0000 00:00:00

DATA	HORA	TIPO	VALOR	DETALHAMENTO
15/03/2016	10:45:00	LIGAÇÃO	00,00	

Data de Ligação: 00/00/0000 00:00:00 - 00/00/0000 00:00:00

Em 29/02/2016, os números comuns dos DDDs 81, 62, 54, 63, 65, 66, 67, 68 e 69 passarão a ter 9 dígitos. Será acrescentado o dígito "9" antes do número atual, passando ao formato: (DDD)9xxxx-xxxx. Informações em [www.gvt.com.br/digito](http://www.gvt.com.br/digito)

## AVISO IMPORTANTE

Nossos registros indicam débito(s) pendente(s) no valor de R\$ 133,09.  
Evite suspensão do serviço e despesas desnecessárias pagando sua conta em dia. Caso já tenha pago até 03/03/2016 favor desconsiderar esta mensagem.

\*O pagamento desta fatura não liquida débitos pendentes. Em caso de atraso no pagamento, serão cobrados encargos moratórios (mínimo de 2% + 1% de juros ao mês) na fatura seguinte.

(031) 4000-0000 APENAS 1000 PÁGINAS LOCAL



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Alverdon Boneca de Andrade

RG nº 2251626, data de expedição / /   
Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 03414063417, com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Avg. José Amorim de Almeida, nº 110,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Edenice José da Souza Moreira cujo o condutor era  
o mesmo

Veículo: motocicleta  
Modelo: Honda CG 125 FAN  
Ano: 2011  
Placa: NQC 9434  
Chassi: QC25C4110BR 754882  
Data do Acidente: 19.03.16  
Local e Data: J. Pessoa - 5/9/16



Alverdon I. de Andrade  
Assinatura do Declarante

Edenice José da Souza Moreira

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





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

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS
DATA DE NASCIMENTO	12/11/72
NOME DA MÃE	JULIA MATIAS DE SOUZA

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	94.081
BOLETIM DE ENTRADA N.º	907.546
DATA DO ATENDIMENTO	19/03/16
HORA DO ATENDIMENTO	12:53
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA TRANSTROCANTERICA DE FÉMUR DIREITO
CID 10	S72.1

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada deste Hospital. Paciente vítima de acidente de motocicleta, referindo dor forte em coxa direita. Com dificuldade de mobilização. Abdomen sem queixas. Glasgow 15. Presença de fratura de fêmur direito. Internação para cirurgia. Foi operado e evoluiu bem.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de bacia AP

RX de quadril direito AP

### RESULTADOS DOS EXAMES:

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur proximal direito.

ALTA HOSPITALAR: 06/04/16

DATA DA EMISSÃO: 30/07/16

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

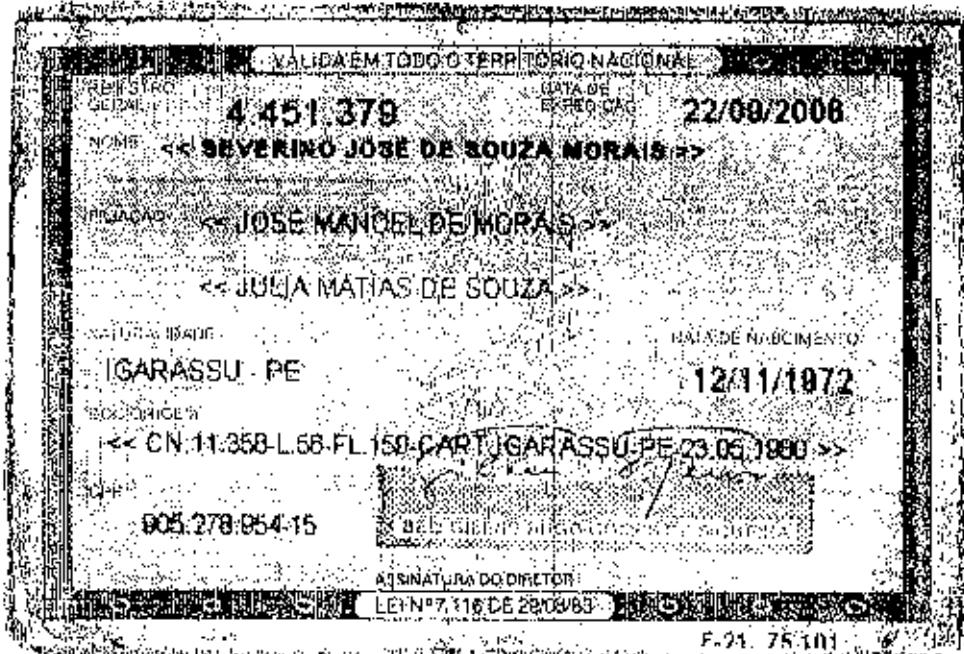
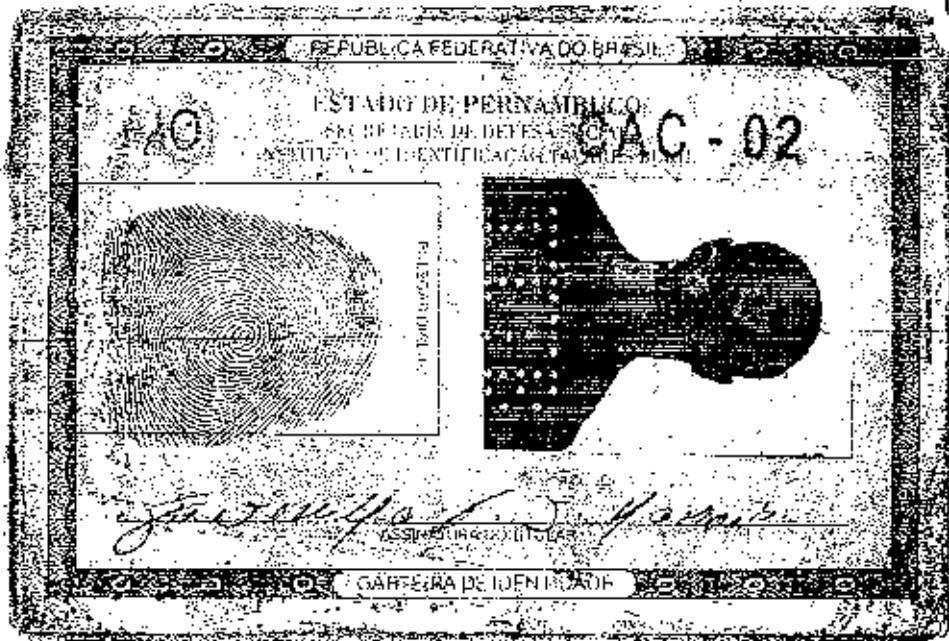
**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

## Laudo Médico / Resumo de Alta

Nome:		Registro:			
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	Enf:	Leito:
Data de admissão:	16/03/16		Data da alta:	06/04/16	
Diagnóstico inicial:	Traumatismo crânioencefálico (D)				
Diagnóstico final:					
Outros diagnósticos:					
Principais exames:	Rx				
Cirurgia realizada - data e equipe:	RNT				
Terapêutica medicamentosa:	Avaliação da ferida				
Anatomia patológica:					
Infecção: sim ( ) não ( ) Coleta de material: sim ( ) não ( )					
Resultado bacteriologia					
Condições de alta: Melhorado ( ) Removido ( ) A pedido ( ) Curado ( ) Óbito ( )					
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações:  até o dia 06/04/16					
Orientações Pós Alta					
Dleta:					
Reposo:					
relativo em casa por _____ dias.					
retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.					
retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.					
Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchado no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.					
Medicações para casa:					
Rétrono:					
Às postos de saúde em _____ para retirada do ponto					
Ad ambulatório DTC P _____ dias para revisão.					
João Pessoa: 06 de 04 de 16 _____					
Este documento destina-se à aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160721058      **Cidade:** João Pessoa  
**Vítima:** SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS      **Data do acidente:** 19/03/2016  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL DIREITO.

**Descrição do exame** LIMITAÇÃO DA CAPACIDADE DE AGACHAMENTO, LIMITAÇÃO DA COXO FEMURAL, ENCURTAMENTO DO MEMBRO  
**médico pericial:** INFERIOR DIREITO E CLAUDICAÇÃO

**Resultados terapêuticos:** FRATURA TRANSTROCANTERIANA DE FÊMUR DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA MEDINDO CERCA DE 11 CM NA FACE LATERAL EXTENA DA COXA E QUADRIL DIREITO. EVOLUIU COM MARCHA CLAUDICANTE, LIMITAÇÃO DA CAPACIDADE DE AGACHAMENTO, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E SOBRECARGA DA COLUNA LOMBAR.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/12/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** JOAO FERNANDES DE SOUZA

**CRM do médico:** 2732 PB

**UF do CRM do médico:** PB

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARCUS HERRERA R ALMEIDA

**CRM do médico:** 52.20028-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3160721058      **Cidade:** João Pessoa  
**Vítima:** SEVERINO JOSE DE SOUZA MORAIS      **Data do acidente:** 19/03/2016  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÊMUR PROXIMAL DIREITO.

**Descrição do exame** LIMITAÇÃO DA CAPACIDADE DE AGACHAMENTO, LIMITAÇÃO DA COXO FEMURAL, ENCURTAMENTO DO MEMBRO  
**médico pericial:** INFERIOR DIREITO E CLAUDICAÇÃO

**Resultados terapêuticos:** FRATURA TRANSTROCANTERIANA DE FÊMUR DIREITO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS. APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NORMOTRÓFICA E NORMOCRÔMICA MEDINDO CERCA DE 11 CM NA FACE LATERAL EXTENA DA COXA E QUADRIL DIREITO. EVOLUIU COM MARCHA CLAUDICANTE, LIMITAÇÃO DA CAPACIDADE DE AGACHAMENTO, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E SOBRECARGA DA COLUNA LOMBAR.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 22/12/2016

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** JOAO FERNANDES DE SOUZA

**CRM do médico:** 2732 PB

**UF do CRM do médico:** PB

## 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 membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** MARCUS HERRERA R ALMEIDA

**CRM do médico:** 52.20028-8

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**