



Número: **0801274-85.2019.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **08/04/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **SEGURO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA (AUTOR)</b>	<b>DANIEL VIEIRA SMITH (ADVOGADO)</b>
<b>MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (RÉU)</b>	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
20379 328	08/04/2019 12:39	<a href="#">Petição Inicial</a>
20379 902	08/04/2019 12:39	<a href="#">PROCURACAO</a>
20379 907	08/04/2019 12:39	<a href="#">RG CPF E COMP RESID</a>
20379 914	08/04/2019 12:39	<a href="#">BOLETIM DE OCORRENCIA</a>
20379 920	08/04/2019 12:39	<a href="#">CERTIDAO DE RESGATE SAMU</a>
20379 924	08/04/2019 12:39	<a href="#">ENTRADA NO TRAUMINHA</a>
20379 929	08/04/2019 12:39	<a href="#">PRONTUARIO MEDICO PARTE 1</a>
20379 933	08/04/2019 12:39	<a href="#">PRONTUARIO MEDICO PARTE 2</a>
20379 941	08/04/2019 12:39	<a href="#">PRONTUARIO MEDICO PARTE 3</a>
20379 952	08/04/2019 12:39	<a href="#">LAUDO MEDICO TRAUMINHA</a>
20379 963	08/04/2019 12:39	<a href="#">PROTOCOLO ABERTURA PROC ADMINISTRATIVO</a>
20379 973	08/04/2019 12:39	<a href="#">PEDIDO ADMINISTRATIVO DPVAT</a>
20380 042	08/04/2019 12:39	<a href="#">FORMULARIOS DA SEGURADORA</a>
20380 047	08/04/2019 12:39	<a href="#">DECLARACAO PROPRIETARIO DO VEICULO</a>
20380 052	08/04/2019 12:39	<a href="#">acompanhamento site seguradora lider</a>
21337 138	02/06/2019 22:15	<a href="#">Despacho</a>
22144 315	19/06/2019 16:48	<a href="#">Certidão</a>
22144 317	19/06/2019 16:48	<a href="#">2019-06-19 (1)</a>

EXCELENTEÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_\_\_\_ VARA CÍVEL DA COMARCA DE SANTA RITA, ESTADO DA PARAÍBA.

**MARCOS AURÉLIO DE OLIVEIRA SILVA**, brasileiro, casado, regularmente inscrito no CPF/MF sob o n.º 646.890.344-00, residente e domiciliado à Rua Cel. Ednaldo Tavares Rufino, n.º 261, Quadra 11B, Lote 40B, Municípios, Santa Rita/PB, CEP: 58919-000, vem, através de seu advogado que esta subscreve, à presença de Vossa Excelência, propor a presente:

### **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT (INVALIDEZ) RITO ORDINÁRIO**

em face da **MAPFRE SEGUROS GERAIS S.A.**, pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no CNPJ sob o nº 61.074.175/0001-38, com filial localizada à Av. Presidente Epitácio Pessoa, nº 723, Bairro dos Estados, CEP 58030-001, onde deverá receber sua citação, pelos fatos e fundamentos abaixo aduzidos:

#### **1. DA GRATUIDADE JUDICIÁRIA**

Inicialmente, pugna o Requerente pela concessão dos benefícios da justiça gratuita, nos exatos termos previstos pelo art. 4º Lei 1.060/1950 e 5º LXXIV da Constituição Federal, por não ter condições de arcar com as custas do processo sem prejuízo de seu próprio sustento e de sua família. É cediço que a aludida afirmação, nos moldes da legislação reportada e da jurisprudência pátria, é suficiente para a concessão do requerimento, pelo que, pugna pela sua declaração, para que possa auferir as benesses do instituto.

#### **2. DOS FATOS**

O promovente foi vítima de acidente de trânsito ocorrido em **01 de janeiro de 2018**, na cidade de Conde-PB, conforme faz prova o registro de ocorrência policial nº 01470.01.2018.1.00.420, em anexo.

A vítima, ora Requerente, era carona de seu filho, enquanto este pilotava a motocicleta de marca Honda NXR 160 Bros, placas OFE-1872/PB, quando foram colididos por um veículo não identificado. **Foi socorrido pelo SAMU, que o conduziu para o Complexo Hospitalar de Mangabeira, na Capital.**

**Conforme comprovam o Laudo Médico e prontuários anexos, o paciente foi admitido no Hospital de Traumas, vítima de grave acidente de moto, sendo submetido a tratamento cirúrgico, em virtude de:**

#### **FRATURA DE TÍBIA DIREITA;**

Atualmente, mesmo decorrido mais de um ano após o acidente e cirurgia, a vítima não conseguiu recuperar-se completamente, **OSTENTANDO SEQUELAS DE NATUREZA PERMANENTE NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.**



Assim, restando constatada a debilidade permanente do Promovente, este faz jus ao recebimento da indenização do Seguro DPVAT por invalidez, conforme a legislação pertinente.

Cumpre ressaltar, Excelência, que as lesões causadas ao Promovente lhe diminuíram substancialmente a capacidade para o trabalho, eis que perdeu a força e a amplitude de movimento de uma de suas pernas, ante a lesão em sua tibia, o que prejudica o exercício de suas funções laborais.

**Frise-se que a vítima deu entrada no procedimento administrativo para tentativa de recebimento do Seguro DPVAT junto à seguradora, contudo, nenhuma consulta realizada ao sinistro administrativo lhe dá qualquer retorno, conforme comprova a consulta anexa!**

Assim sendo, munido da documentação necessária, vem pleitear o pagamento judicial da indenização do Seguro DPVAT a título de invalidez permanente.

### **3. DO MÉRITO**

A pretensão do Promovente encontra-se devidamente pacificada na legislação respectiva e na jurisprudência pátria, conforme se verá adiante.

O seguro obrigatório DPVAT impõe o pagamento de prêmio aos proprietários de veículos automotores de via terrestre, garantindo, assim, às vítimas de acidentes, recebimento de indenização, quando da ocorrência de morte ou invalidez permanente, além do reembolso de despesas médicas e hospitalares, ainda que os responsáveis pelos danos causados não arquem com a reparação devida.

Conforme o dispositivo legal vigorante na Lei nº 6.194/74 em seu art. 3º, I, o Promovente tem direito a pleitear ao benefício do Seguro Obrigatório DPVAT no valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), em caso de invalidez permanente, *In verbis*:

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

*II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente.”*

Como se pode observar no Laudo Médico apresentado, as seqüelas suportadas pelo Promovente foram ocasionadas em decorrência do acidente de trânsito por ele sofrido, motivo pelo qual, levando-se em consideração o que dispõe a Lei nº 6.194/74, faz jus à indenização do seguro DPVAT.

Em conformidade com art. 5º da Lei 6.194/74, a indenização deverá ser paga mediante a comprovação do acidente e do dano causado, segundo o qual:

*“Art. 5º - O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.*



Há de se observar que o dispositivo supracitado instituiu uma responsabilidade objetiva, adotando a teoria do risco integral para empresas participantes da Sociedade Seguradora (FENASEG).

No que tange à legitimidade passiva da ré, cumpre-nos esclarecer que o art. 7º, da Lei 6.194/74, determina que, em se tratando do seguro denominado DPVAT, pelo fato de existir um consórcio, obrigatoriamente, constituído por todas as seguradoras que realizam operações referentes a seguro, qualquer seguradora conveniada ao tal consórcio será parte legítima para figurar no pólo passivo de demanda que vise o recebimento de indenização relativa ao seguro obrigatório.

A própria lei, assim como a doutrina e jurisprudência dominantes entendem que qualquer seguradora que faça parte do complexo da FENASEG se constitui em parte legítima para pagamento do seguro obrigatório, dentre elas, o Promovido.

Neste norte, a Jurisprudência Pátria coaduna do mesmo posicionamento, *in litteris* :

*“APELAÇÃO. SEGURO OBRIGATÓRIO. COBRANÇA. INVALIDEZ DECORRENTE DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. PRELIMINAR. ILEGITIMIDADE PASSIVA. EMPRESA CONSORCIADA AO SEGURO DPVAT. RESPONSABILIDADE SOLIDÁRIA. POSSIBILIDADE DE ACIONAR QUALQUER DAS EMPRESAS PERTENCENTES AO CONSÓRCIO. REJEIÇÃO. PREJUDICIAL. PRESCRIÇÃO TRIENAL. INOCORRÊNCIA. TERMO INICIAL DA CONTAGEM DO PRAZO. CONHECIMENTO DA INVALIDEZ. MÉRITO. INVALIDEZ DEMONSTRADA. NÃO APLICAÇÃO DA LEI N° 11.482/07. EVENTO DANOSO ANTERIOR À VIGÊNCIA DA NORMA. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. DESPROVIMENTO. - Não há dúvida da legitimidade passiva da ré, na medida em que faz parte do Consórcio das Seguradoras que operam com Seguro DPVAT, podendo ser responsabilizada pelo pagamento do capital segurado, em caso de seguro não realizado, nos termos do art. 79, da Lei n° 6.194/74. - O termo inicial, para a contagem do prazo prescricional, a fim de cobrança do Seguro DPVAT é a data em que o segurado tomou conhecimento de sua invalidez. - Inviável estabelecer o limite fixado na MP n° 340/06, posteriormente convertida na Lei n° 11.482/07, quanto o evento danoso se deu em data anterior vez à vigência da norma. ”*

*Processo:20020080158641001Decisão:AcordãoRelator:Juíza de Direito Convocada Maria das Graças Moraes GuedesOrgãoJulgador:Quarta Câmara Cível TJPBData do Julgamento:24/07/2012)*

Quanto à legitimidade passiva, portanto, não resta nenhuma dúvida, de sorte que a Seguradora MAPFRE é parte legítima para pagamento do seguro obrigatório.

Ademais, note-se, Excelência, que o Promovente acostou aos autos todos os documentos necessários à comprovação do acidente, assim como, os laudos médicos



suficientes a evidenciar as lesões por ele sofridas, cumprindo assim o que determina o art. 5º da Lei nº 6194/74.

Acerca da matéria, a jurisprudência é elucidativa e milita em favor da pretensão exordial, como se pode observar adiante:

*APELAÇÃO CÍVEL AÇÃO DE COBRANÇA SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT INVALIDEZ PERMANENTE PROCEDÊNCIA IRRESIGNAÇÃO I CERCEAMENTO DE DEFESA PRETENSÃO DE REALIZAÇÃO DE PERÍCIA COMPLEMENTAR DESNECESSIDADE LAUDO CONCLUSIVO QUE ATESTA PERDA FUNCIONAL DO PUNHO DIREITO II ILEGITIMIDADE PASSIVA DA SEGURADORA CONSORCIADA DESACOLHIMENTO III AUSÊNCIA DE INTERESSE PROCESSUAL REJEIÇÃO IV VALOR INDENIZATÓRIO SINISTRO OCORRIDO NA VIGÊNCIA DA MP 340/06 POSTERIORMENTE CONVERTIDA NA LEI Nº 11.482/07 FIXAÇÃO PROPORCIONAL AO CASO V HONORÁRIOS SUCUMBENCIAIS FIXAÇÃO ADEQUADA DESPROVIMENTO. Torna-se desnecessária a realização de perícia complementar para fins de verificação da invalidez parcial adquirida, quando existentes, nos autos, provas suficientes ao deslinde da questão. É parte legítima para figurar no polo passivo de ação de cobrança para recebimento de indenização de seguro obrigatório DPVAT todas as seguradoras que fazem parte do consórcio previsto no artigo 7º da Lei 6.194/74.. Processo:02220090007497001 Decisão:Acordão Relator:Des. Márcio Murilo da Cunha Ramos Orgão Julgador:Terceira Câmara Cível TJPB, Data do Julgamento:17/07/2012*

Infere-se, portanto, pelo ângulo que se olhe, a total subsistência da pretensão exordial, para que a indenização referente ao Seguro DPVAT seja paga em favor do autor, mormente pelo fato de ter preenchido todos os requisitos exigidos por lei.

### **3.1 – DO PRÉVIO PROCEDIMENTO ADMINISTRATIVO – TENTATIVA FRUSTRADA**

Conforme documentos anexos, o Promovente, munido de toda a documentação necessária ao recebimento administrativo do DPVAT, deu entrada no procedimento perante a SEGURADORA, cujo sinistro recebeu o seguinte número: 3190121394.

Contudo, mesmo passados mais de dois meses desde a abertura do procedimento administrativo, nenhuma consulta ao site da seguradora lhe dá qualquer retorno, conforme comprova a tela do site, em anexo.

Assim, pugna o Requerente seja processada a presente Ação Judicial, eis que a esfera administrativa foi esgotada, diante da ausência de qualquer retorno por parte da Seguradora.

### **3.2 – DA REALIZAÇÃO DE PERÍCIA COMPLEMENTAR**



Requer a designação de perito médico competente, para que proceda, em tempo hábil, a realização de perícia médica, com o intuito de graduar as debilidades permanentes sofridas pelo Autor – FRATURA DE TÍBIA DIREITA.

Tendo em vista os benefícios da justiça gratuita requeridos pelo Promovente, o ônus decorrente da prova técnica requerida deve ser dispensado, posto que, não tem condições de arcar com as custas referentes.

### **3.3 – DOS DOCUMENTOS ENTREGUES PELO REQUERENTE À SEGURADORA**

Requer que a Seguradora apresente, em sua defesa, todo o procedimento administrativo relativo ao Sinistro 3190121394, eis que a vítima colacionou todos os documentos que possui, sendo que, ao final de seu procedimento administrativo, a Seguradora não lhe devolveu a documentação.

### **4. DOS PEDIDOS**

*EX POSITIS*, requer o Autor que V.Exa., após adotar as cautelas legais de estilo, se digne em:

- a) **CONCEDER-LHE** o benefício da justiça gratuita, pelos motivos indicados preambularmente;
- b) **DISPENSAR** a realização de audiência de conciliação, haja vista a praxe demonstrar que não há acordo, por parte da Seguradora, sem a realização de perícia médica judicial;
- c) **DETERMINAR** a citação do Promovido para apresentação de defesa, sob pena de confissão e revelia;
- d) **NOMEAR** perito médico para que realize perícia com o intuito de emitir laudo atestando a debilidade verificada;
- e) **JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE** o pedido formulado pelo Promovente, para condenar a Promovida a pagar a importância de **R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais)**, referente à indenização por invalidez permanente, a qual deverá ser corrigida desde a data do sinistro até a data do efetivo pagamento;
- f) **CONDENAR** a Seguradora Promovida ao pagamento das custas e despesas processuais, além dos honorários advocatícios de sucumbência à base de 20% sobre o valor final da condenação;

Por fim, protesta o Autor, e de logo requer, a produção de todos os gêneros de provas admitidas em direito, especialmente, **A REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA**.

Dá-se a causa o valor de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Nestes termos,

Pede **DEFERIMENTO**.

Santa Rita/PB, 08 de abril de 2019.

**Daniel Vieira Smith**



**QUESITOS:**

- 1) Diga o Sr. Perito quais as debilidades permanentes sofridas pelo Promovente.
- 2) Diga o Sr. Perito qual o grau das debilidades apresentadas pelo Promovente, informando o percentual de graduação: residual - 10%; leve - 25%; média - 50%; intensa - 75%; ou total - 100% ?



**PROCURAÇÃO**

**OUTORGANTE:**

Marcos Aurélio de Oliveira Silva, brasileiro, casado, regularmente inscrito no CPF/CNE sob o nº 646.890.342-0, residente e domiciliado à Rua El. Ednaldo Tavares Rufino, nº 263, Ad 11 B, bairro 403, município, Santa Rita/PB.

**OUTORGADO:**

**DANIEL VIEIRA SMITH**, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional da Paraíba, sob o nº 19.193, com escritório profissional situado à Av. Ruy Carneiro, nº. 148, Sala 04, Miramar, CEP: 58.032-101, João Pessoa/PB.

**PODERES:**

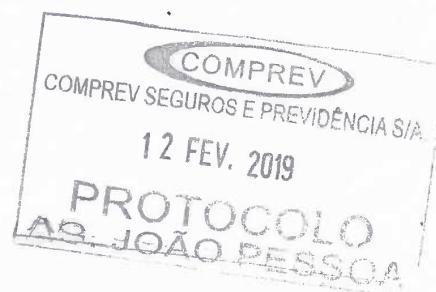
Amplos e inerentes poderes, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no art. 105 do Código de Processo Civil, e os especiais, podendo representar em audiência, transigir, desistir, firmar compromisso, receber intimações, renunciar, receber e dar quitação, receber alvarás judiciais em cartório, recorrer para qualquer instância ou tribunal, substabelecer, com ou sem reserva de poderes, podendo, ainda, representar perante os órgãos da Administração Pública Direta ou Indireta, tais como Hospitais Públicos, Delegacias Civis, IPC, IML, DML, GEMOL, podendo expressamente solicitar laudos e prontuários médicos em qualquer hospital público ou privado, tudo para o fiel cumprimento do presente mandato.

Santa Rita /PB, 08 de fevereiro de 2019.

x Marcos Aurélio Oliveira Silva

**OUTORGANTE**





# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/carta da energia elétrica . : Nº 019.942.066



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

GILBERTO GOMES DA SILVA  
RUA CELEDNALDO TAVARES RUFINO 261 Q 11B L 40B  
SANTA RITA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1714720-8

### REFERÊNCIA

FEV/2019

### APRESENTAÇÃO

08/02/2019

### CONSUMO

0

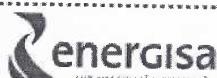
### VENCIMENTO

15/02/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 24,69

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



DESTACUE AQUI

GILBERTO GOMES DA SILVA

Roteiro: 06-009-901-1820

83660000000-1 24690054000-5 17147202019-6 02200009019-5



VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
15/02/2019	R\$ 24,69	1714720-2019-02-2



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 12:38:36

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040812344301300000019825058>

Número do documento: 19040812344301300000019825058

Num. 20379907 - 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  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos da Capital



### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01470.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01470.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:50 horas do dia 03 de agosto 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 José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigacao, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Marcos Aurélio de Oliveira Silva**, CPF nº 646.890.344-00, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Pedreiro, filho(a) de Maria das Neves de Oliveira Silva e Miguel Trajano da Silva, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 30/08/1968 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Projetada, complemento VILAGE, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Antiga Manzúá, na cidade de Conde/PB, telefone(s) para contato (83) 98890-7134.

#### **Dados do(s) Fatos:**

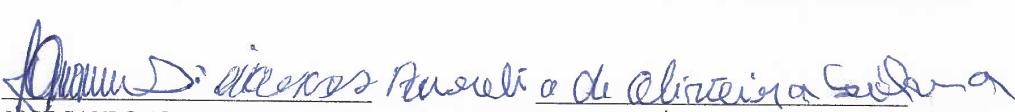
Local: Psf de Jacumã, Psf, Conde/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/01/18 09:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, o notificante transitava nas proximidades do PSF de Jacumã, Cidade de Conde/PB, e que na ocasião estava no carona, onde quem conduzia o veículo era a pessoa de Marcio Aurélio Dias da Silva, portador do CPF nº 074.578.494-16; QUE segundo o notificante veículo este uma motocicleta, marca e modelo: HONDA NXR 160 BROS ESDD, ano e modelo: 2016/2017 de cor azul, placa: OFE 1872/PB, Chassi nº 9C2KD0810HR416321, registrado em nome do piloto; QUE segundo o notificante ao chegar no endereço acima citado, um outro veículo, não sabendo especificar a marca e modelo, fez uma manobra errada e acabou por colidir no veículo que o notificante estava; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº0852/2018, EXPEDIDO PELA DR<sup>a</sup> SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 18.06.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; 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, 03 de agosto de 2018.

  
JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS MARCOS AURÉLIO DE OLIVEIRA SILVA  
Agente de Investigacao Noticiante





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 90806 Atd: Nao Regula  
Data: 01/01/2018  
Hora: 12:03:37  
Repcionista: LENICE FLORENCIO DE A  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: MARCO AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

Num. Prontuario: 2018.01.000056

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987188971

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 01/01/1970 Id: 48 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 00VILAGE

Bairro: JACUMA Cidade: CONDE UF :PB

Mae: MARIA DAS NEVES Pai:

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PEDREIRO (FORA EXCECOES) Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FILHO-MARCIO

Trat. Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

End. residencia: UNIDADE DE SAUDE PSF JACUMA

Tra. correte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL CARROXMOTO PROX A MANSUAR

Vitima de violência por: ENTRADA DA PRAIA DO SOL

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemica:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vomito

Qxa Principal

Observacao

COLISAO CARRO E MOTO COM TRAUMA EM MID

NEGA DESMAIO SIC

Historia - Exame Fisico (hora do atendimento medico)

*Pt. subiu de cama de moto, com  
fratura ossos pernas D.*

Diagnostico

*PD: Interventos* | Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PRÉVIDÊNCIA S/A  
12 FEVEREIRO 2019

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

## PROCEDIMENTO REALIZADO

#### DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico





## AVOADO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Marco Aurélio de Oliveira Silva</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>48 anos</i>	SEXO <i>Masc</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>01/01/2018</i>		DATA DE ALTA <i>05/01/2018</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>04 dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Diafisária de Tibia Dir.</i>				CID <i>S82.3</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA <i>(X) MELHORADO</i> <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/>					
ÓBITO					

**RESUMO CLÍNICO** (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)  
*Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tibia foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução aberta e fixação interna. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombólita e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.*

<b>ORIENTAÇÕES PÓS ALTA</b>					
<b>DIETA:</b> <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i>					
<b>REPOUSO:</b> <i>Relativo em casa por 15 dias.</i>					
<i>Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.</i>					
<i>Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.</i>					
<b>CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:</b> <i>Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.</i>					
<b>MEDICAÇÕES PARA CASA:</b> <i>Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol), Pradaxa.</i>					

<b>RETORNO:</b> <i>Ao posto de saúde em 21 dias.</i>					
<i>Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.</i>					
<i>05.01.2018</i>					
DATA					
<i>Dr. Alexandre Góes</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM 9128/2010 9603</i>					
<b>ASS. MÉDICO / C.R.M</b>					
<b>Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO</b>					

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

12 FEB. 2019

**PROTÓCOLO**

Complexo Hospitalar  
**MANAUS**  
GOVERNADOR THOMAS COELHO DA SILVA

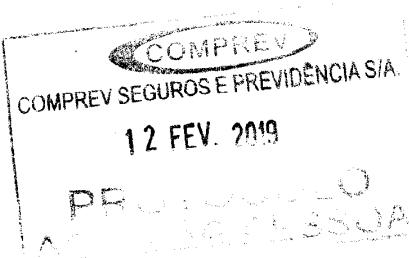
Pl. Marcos Antônio de Oliveira Silve  
Laudo Médico

Paciente vítima de trauma em forma  
resultando em fratura da tibia, foi  
submetido à osteosíntese e  
remoção de material de osteosíntese  
desenvolvendo instabilidade e realizou suas  
atendimentos hospitalares e ambulatoriais por um  
período de 100 (cento e vinte) dias, o  
contrário da data abaixo:

**CID: S82.3**

Dr. Alexandre Galvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9.128 SBOT 9.603  
28/02/18

DR. ALEXANDRE GALVÃO  
CRM 9.128-PB SBOT 9.603





### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Mario Antônio de V. Sohá portador(a) da identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 9 horas, portador(a) da patologia CID-10 S.82.9, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 (15) dias, a partir desta data. 03/03/18

João Pessoa, 05/03/2018

João Antônio F. Pinheiro  
Médico

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

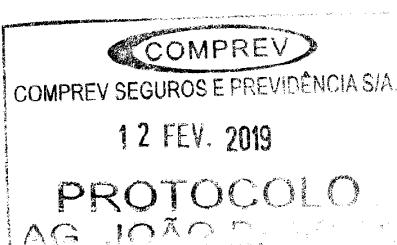
### AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE    2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

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





NÚMERO DO CADASTRO: 2 3 9 9 6 2 8 1 - CPF 2 - CGC 2 1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 0 1 2 8

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N – CEP 58056-384, JOÃO PESSOA - PB

BAIRRO: MANGABEIRA II MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA UF: PARAÍBA

PACIENTE: *Marco Aurélio Silva*

IDENTIDADE:

IDADE:

ENDEREÇO:

ORIGEM

BAIRRO:

( ) PAM

( ) SES

( ) SSM

DADOS CLÍNICOS

*Fratura de Ossos da Perna E*

ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

MATERIAL A EXAMINAR

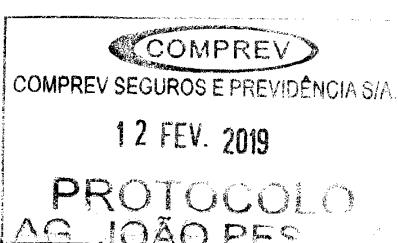
EXAMES SOLICITADOS

*Rx do Perna AP/P*

*Dr. Alexandre Lige Balveo*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9128 SBT 9603

DATA: 24 /01 /2018

CARIMBO E ASSINATURA





NÚMERO DO CADASTRO:

2 3 9 9 6 2 8

1 - CPF 2 - CGC 2

1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N – CEP 58056-384, JOÃO PESSOA - PB

BAIRRO: MANGABEIRA II

MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA

UF: PARAÍBA

PACIENTE:

IDENTIDADE:

IDADE:

ENDEREÇO: *Marco Aurélio Silva*

ORIGEM

BAIRRO: \_\_\_\_\_

 PAM \_\_\_\_\_ SES \_\_\_\_\_ SSM \_\_\_\_\_

DADOS CLÍNICOS

*Fratura de Ossos da Perna E*

ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

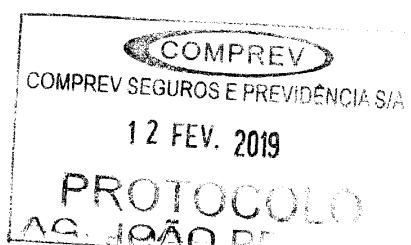
MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

*Rx da Perna AP/P*DATA: 28/02/2018

Dr. Alexandre Galvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9128 SBTO 9583

CARIMBO E ASSINATURA





## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: COMPLEXO HOSPITALAR  
MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍZIO  
BURITY  
CRM: 10.202.434/0001-28  
Endereço: Rua Agente Fiscal José Duarte,  
S/N – Mangabeira II – CEP 58.056-384  
João Pessoa - PB

1ª via retenção da farmácia ou drogaria  
2ª via orientação do paciente

Dr. Alexandre Góvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9128 SMT 09603

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: *Marco Aurélio de Oliveira Silva*

Endereço: Rua Projetada, 00. Jacumã  
Conde -PB

Prescrição: *Tramadol (50mg) ----- 01 caixa*  
*Tomar 01 ou 02 comprimidos de 8/8 horas, se dores*  
*Fortes*

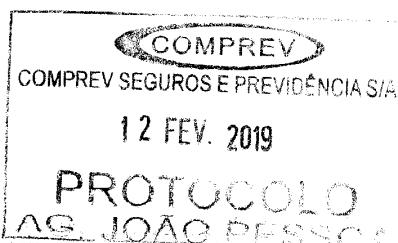
Data: *03/01/18*

### IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EMISSOR: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do farmacêutico Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_





P/ Marco Aurélio de Oliveira Silva

R

Uso Oral

23.30

1) Ciprofloxacin (500mg) ----- 01 CX

(Comprimido)

Tomar 01 comprimido por via oral de 12/12 horas por 18 (oito) dias.

2) Tramadol (50mg) 50.57 ----- 01 CX

(Cloridrato de tramadol) 16,89

Tomar 01 ou 02 comprimidos de 8/8 horas. se dores

3) Pradaxa (110mg) 237,65 ----- 60 Comprimidos

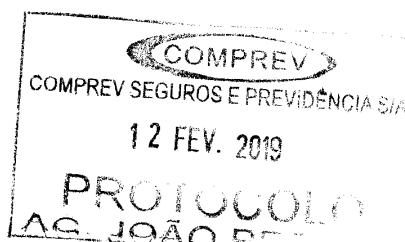
(comprimidos)

Tomar 02 comprimidos por via oral ao dia durante (30) trinta dias.

Dr. Alexandre Galvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9128 SET 09603

03.01.18

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





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Marcio Aurelio Oliva Data da Admissão: 1/1/1  
Pronutário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F( ) M( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1/1  
QPD: Excessos pelo D  
HDA: Pele seca de vez em quando, com pele seca  
pele D  

COMPREV  
SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A  
12 FEB 2019

  
Medicações em uso: PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA  
**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 [ ]Melena [ ]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 \_\_\_\_\_

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

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

[ ]HAS [ ]JDM [ ]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: \_\_\_\_\_ *Exames para D.*Conduta: *Internar*

COMPREV  
COMPREV SEGHRAF E PREVIDÊNCIA SIA  
12 FEVEREIRO 2019  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

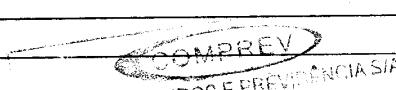
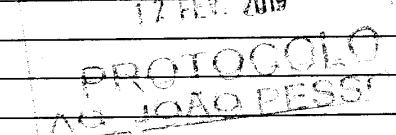
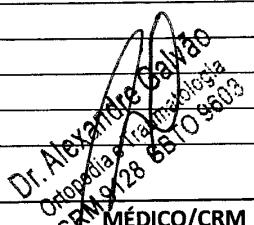




Nome: <i>Marco Aurélio de Oliveira Silva</i>				Registro:
Idade: <i>48 a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP: _____ LR: _____
Data: <i>03/01/2018</i>		Cirurgião: <i>Alexandre Galvão</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>		2º Assistente: <i>Enéas (R1)</i>		
Anestesista: <i>Imbelloni</i>		Instrumentador: <i>Tânia</i>		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<i>Fratura 1/3 Proximal Cominutiva de Tibia Direita</i>				<i>S82.3</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
<i>O mesmo</i>				
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				12 FEV. 2019 CÓDIGO
<i>Osteossíntese de Fratura de Tibia</i>				PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA
Accidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não				
Descreva: _____				
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não				
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico				

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

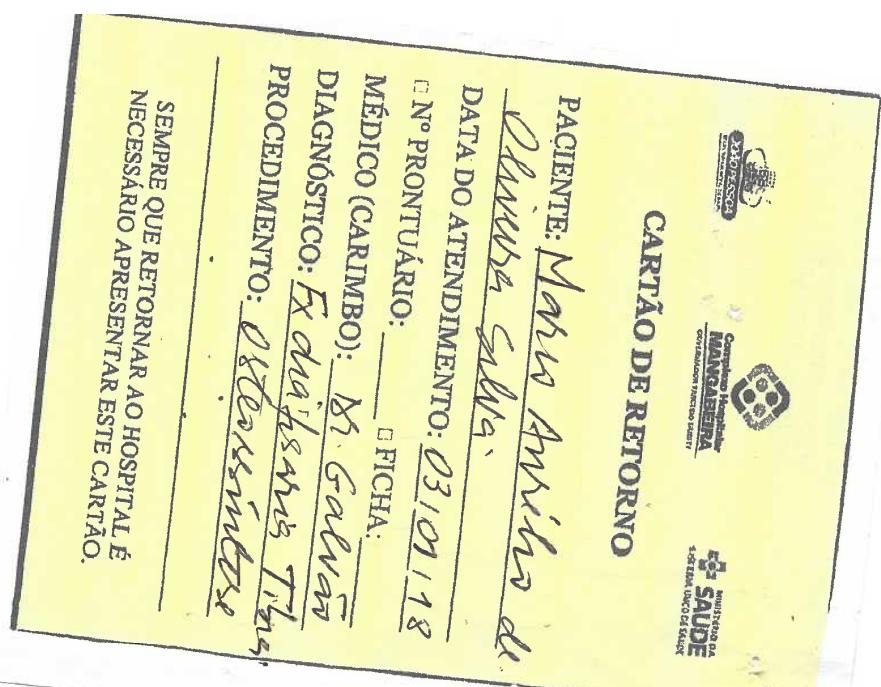


DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
<b>Posição e Preparo:</b>	
<i>Paciente em decúbito dorsal sob anestesia</i>	
<i>Assepsia + Antissepsia</i>	
<i>Aposição de campos cirúrgicos estéreis</i>	
<b>Incisão:</b>	
<i>Incisão em 1/3 médio e proximal da região anterolateral da perna direita</i>	
<i>Dissecção por planos + hemostasia com eletrocautério</i>	
<i>Acesso entre músculo tibial anterior e face lateral de diáfise da tibia</i>	
<b>Achados:</b>	
<i>Visualização de foco de fratura da tibia</i>	
<b>Conduita:</b>	
<i>Realizada manobra de redução</i>	
<i>Aposição de 01 Placa DCP estreita Ø 4.5mm</i>	
<i>Aposição de 03 parafusos corticais Ø 4.5mm proximais ao foco</i>	
<i>Aposição de 06 parafusos corticais Ø 4.5mm distais ao foco</i>	
<i>Limpeza exaustiva da ferida operatória com SF a 0,9%</i>	
<i>Realizado RX controle</i>	
 <i>COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS 12 FEVEREIRO 2019</i>	
 <i>PROTÓCOLO AO PESSOAL</i>	
<b>Fechamento:</b>	
<i>Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele</i>	
<i>Curativo</i>	
<b>OBS:</b>	
 <i>CRM 9128-BETO 9603 MÉDICO/CRM</i>	

Data: 03/01/2017

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





Assinatura e Cariúba

NOME: \_\_\_\_\_

**RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS**



SAÚDE

MINISTÉRIO

DE

SAÚDE

MINISTÉRIO

P/ Marco Aurélio de Oliveira Silva

R

Uso Oral

59,3

1) Ciprofloxacin (500mg) ..... 01 CX

(Comprimido)

Tomar 01 comprimido por via oral de 12/12 horas por 78 (oitenta) dias.

2) Tramadol (50mg) ..... 01 CX

(Cloridrato de tramadol) 26,89

Tomar 01 ou 02 comprimidos de 8/8 horas, se dores

3) Pradaxa (110mg) ..... 37,65  
(comprimidos)

Tomar 02 comprimidos por via oral ao dia durante 30 trinta dias.

Dr. Alexandre Galvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 91285709603

03.01.18



P/ Marco Aurélio de Oliveira Silva

R

uso oral

1) Ciprofloxacina (500mg) ..... 01 CX  
(Comprimido)

Tomar 01 comprimido por via oral de 12/12 horas por  
08 (oito) dias.

2) Tramadol (50mg) ..... 01 CX  
(Cloridrato de tramadol)

Tomar 01 ou 02 comprimidos de 8/8 horas, se dores

3) Pradaxa (110mg) ..... 60 comprimidos  
(comprimidos)

Tomar 02 comprimidos por via oral ao dia durante (30)  
trinta dias.

**Dr. Alexandre Galvão**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9128 SBO 8603  
03.01.18

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

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



**IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR**

Nome Completo: COMPLEXO HOSPITALAR  
MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍZIO  
BURITI  
CRM: 10.202.424/0001-28  
Endereço: Rua Agente José Duarte,  
S/N – Mangabeira II – CEP 58.056-384  
João Pessoa - PB

1ª via retenção da farmácia ou drogaria  
2ª via orientação do paciente

**Dr. Alexandre Gattas**  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9128 - 81 3160 6603

**CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO**

paciente: *Marco Aurélio de Oliveira Silva*

Endereço: Rua Projetada, 00.Jacumã  
Conde -PB

Prescrição: *Tramadol (50mg) ----- 01 caixa*  
*Tomar 01 ou 02 comprimidos de 8/8 horas, se dores*

*ortes*

Data: *03/01/18*

**IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR**

Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ ÓRGÃO EMISSOR: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR**

Assinatura do farmacêutico Data: \_\_\_\_\_





## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Mário Antônio de L. Sáuia portador(a) da identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 9 horas, portador(a) da patologia CID-10 S 82 9, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 (Maneira) dias, a partir desta data. 01/01/18

João Pessoa, 05/01/2018

João V. Pinheiro  
Assinatura do(a) Médico(a)

## AUTORIZAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1º VIA-PACIENTE      2º VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Diante, 511, Centro, João Pessoa - PB

PI. Marcos Antônio de Oliveira Silve

Laudo Médico

Próximo à data de tratamento em nome  
de Alexandre Galvão, Dr. Odontólogo, foi  
realizada a tomografia cervical com  
objetivo de avaliar lesões ósseas, e  
descartar lesões ósseas e/ou articulares.  
Avaliação realizada em tomografia  
pontual da 120 (cento e vinte) e zero  
centímetros da articulação.

CID: S82.3

Dr. Alexandre Galvão  
Dr. Alexandre Galvão  
Odontólogo  
CRM 9.128-PB  
28/02/18

DR. ALEXANDRE GALVÃO  
CRM 9.128-PB SBOT 9.603



12

## CERTIDÃO

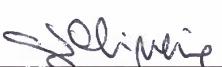
Nº. 0852/2018

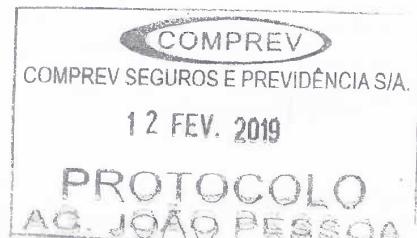
Atendendo solicitação de DANIEL VIEIRA SMITH de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 90806 e Prontuário nº 2018.01.00056, pertencentes a **MARCOS AURÉLIO DE OLIVEIRA SILVA** que foi atendido dia 01/01/2018 às 12H03min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em perna direita.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tibia direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 03/01/2018. Alta médica dia 05/01/2018.

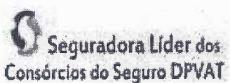
E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 18 de junho de 2018

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051633/19

**Vítima:** MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 646.890.344-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 01/01/2018

**Titular do CPF:** MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

**Seguradora:** GENTE 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  
DUT

**MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA : 646.890.344-00**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

3190121394

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/02/2019

Nome: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA  
CPF: 646.890.344-00

Marcos Aurelio S. C.

MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

Devolvido

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2019

Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

Marcilio

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
696.890.344-00 <b>Marcon Angelo de Oliveira</b>				
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:		CPF:	696.890.344-00	
Profissão:		Número:	Complemento:	
De deputado		261	Casa	
Endereço:		CEP:	58.310-000	
Tibiri		Tel. (DDD):	98890-2134	
Cidade:		Estado:	PB	
E-mail:				

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

### DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bradesco**

AGÊNCIA: **2105** CONTA: **31317** (3)  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **2105** CONTA: **31317** (3)  
(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.

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

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

Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IMI 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.

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
Local e Data, **João Pedro 12/02/2019**  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

**João Pedro 12/02/2019**  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 12:38:56

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040812360053700000019825119

Número do documento: 19040812360053700000019825119



## 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 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 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
	646.890.344-00	Marcos Aurelio de Oliveira Silva

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Marcos Aurelio de Oliveira Silva	646.890.344-00	Pedreiro
Endereço	Número	Complemento
Rua Pronta da Vilação		
Bairro	Estado	CEP
Indeterminado	Panambi	58000-000
Email	Telefone (DDD)	
DVS ADVOCACIA @ GMAIL.COM	(83) 98712-5439	

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

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" 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"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

<input 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	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	Nome	
AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/>	Bradesco	
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/> CONTA NRO. <input type="text"/> D/V <input type="text"/>
		2195 (Informar dígito se existir) 31317 (Informar dígito se existir) 3

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

*fora Puxa, 15 de novembro de 2018.*

Local e Data

*Marcos Aurelio Oliveira Silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Marco Aurélio de Oliveira Silva, portador da carteira de identidade nº 1.356.931 e inscrito no CPF/MF sob o nº 646.800.344-00, residente e domiciliado na Rua Presidente / Village, Cidade Conde/PB, Estado Paraíba, 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.

Marco Aurélio de Oliveira Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Conde/PB, 15 de novembro de 2018.

Local e data



## 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, Marcos Aurélio de Oliveira Silva

SEGURADORA) DO RG N° 1.356.931 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 07/01/1988 E

CPF 646890314-00 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Pedreiro

E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marcos Aurélio de O. Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER 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 POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas 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 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2195 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 31317-3

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

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

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

foi Paga 15 de novembro de 2018 Marcos Aurélio O. Silva

LOCAL E DATA

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.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





## DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/1.

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221205 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de ra).

### 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 **Marcus Aurelio de Oliveira Silva** CPF da Vítima **646.890.344-00** Data do Acidente **01.01.2018**

### 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 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**Local e Data**  
**Local e Data**

**X** **Marcus Aurelio Oliveira Silva**

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Márcio Aurélio Dias da Silva,

RG nº 3324768, data de expedição 09/09/14,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 074.578.499-16, com  
domicílio na cidade de Conde, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
cel Edinaldo Tavares Rufino, nº 261,  
complemento AD11 B1408, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Márcio Aurélio de O. Silva, cujo o condutor era  
Márcio Aurélio Dias da Silva.

Veículo: moto

Modelo: Honda/NXR160 Bros ESDD

Ano: 2017

Placa: 0F6 1872/PB

Chassi: 9E2KD0810HR416321

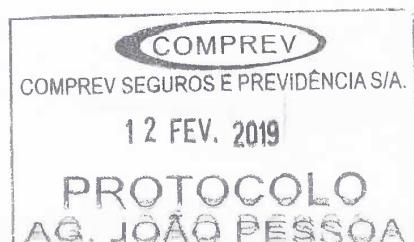
Data do Acidente: 03/01/2018

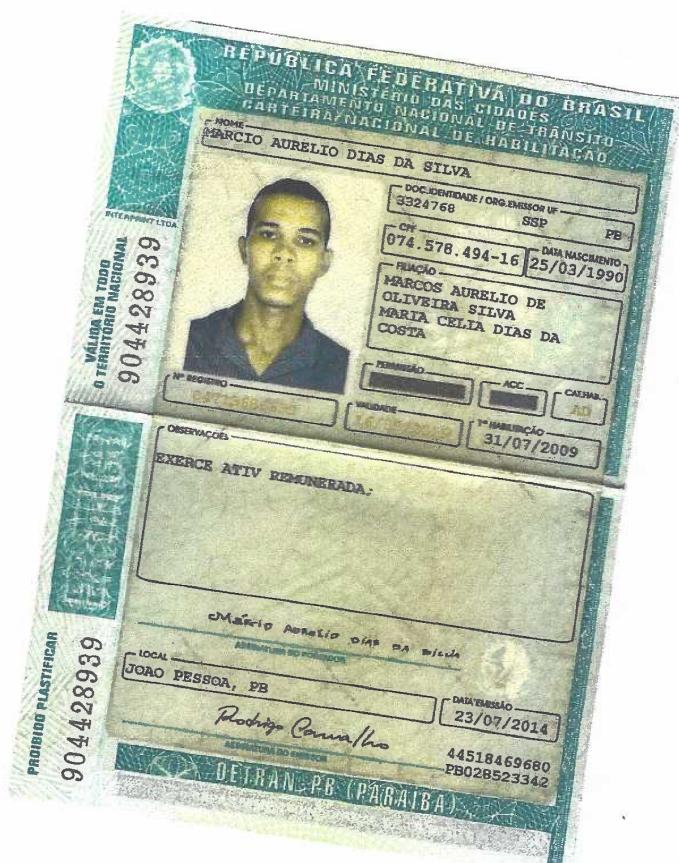
Local e Data: João Pessoa, 15 de novembro de 2018.

  
Márcio Aurélio Dias da Silva

  
Márcio Aurélio Dias da Silva

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





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

**DETAN - PB** N° 013136530615  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM 20170000055550 EXERCÍCIO  
1 0111097910-7 00/00000000 2017

0044112327 MARCIO AURELIO DIAS DA SILVA

0044112327 CNP/CNPJ 07457849416 PLACA OFE1872/PB

0044112327 PLACA ANT/UF NOVO PB CHASSI 9C2KD0810HR416321

0044112327 MARCA/MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD ANO FAB 2016 ANO MOD 2017

0044112327 CAP/POT/GIL 2 P/162 /CI CATEGORIA PARTIC. COR PREDOMINANTE AZUL

0044112327 COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC/COTAS 1<sup>a</sup> 2<sup>a</sup> 3<sup>a</sup>

0044112327 IPVA PAGO EM 00/00/0000 FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 0

0044112327 PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) \* \* \* \* \* IOF (R\$) \* \* \* \* \* PRÉMIO TOTAL (R\$) \* \* \* \* \* DATA DE PAGAMENTO 22/02/2017

0044112327 OBSERVAÇÕES A.F. BANCO HONDA S.A. PORTO OBRIGATÓRIO  
0044112327 NÃO PAGO P/ A TRANSFERÊNCIA

0044112327 LOCAL BAYEUX-PB DATA 23/02/2017

0044112327 41521 7003781

**SEGURADO DE RIGOROSO PAGO**

**VALID**

SEGURADO DE RIGOROSO PAGO

DETAN - PB N° 013136530615 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 23/02/20

VIA 01110979107 MARCA/MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD

CNP/CNPJ 9C2KD0810HR416321 PLACA

ANO FAB 2016 COTA UNICA 9 COR CHASSI

PRÉMIO TARIFÁRIO

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

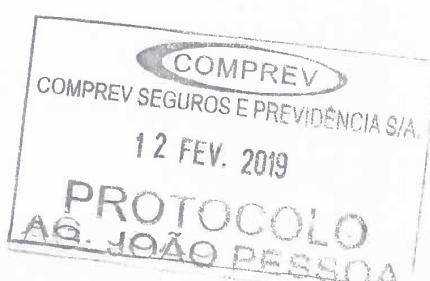
CUSTO DO BILHETE (R\$) \* \* \* \* \* IOF (R\$) \* \* \* \* \* TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) \* \* \* \* \*

COTA UNICA  PAGAMENTO  SEGURO PAGO DATA DE QUITAÇÃO 22/02/2017

PARCELADO

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.608/0001-04  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

7003781-1629591-20170223





(/)



Buscar no site



Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

### ACESSIBILIDADE

(/Pages A A ⓘ  
/Acessibilidade.aspx)

(/Pages

/Atalhos-  
de Teclado.aspx)

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas

Médicas (/Pages

/Documentacao-

Despesas-

Medicas.aspx)

Documentos Invalidez

Permanente (/Pages

/Documentacao-

Invalidez-

Permanente.aspx)

Documentos Morte

(/Pages

/Documentacao-

Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis

(/Pages/Dicas-

Indispensaveis-

Para-Pedir-

a-Indenizacao.aspx)

Nova Consulta

**Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.**

08/04/2019 11:43



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 12:39:03

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040812381112100000019825189>

Número do documento: 19040812381112100000019825189

Num. 20380052 - Pág. 1

## PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages /Saiba- como-pagar.aspx)  
 Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages /Consulta- a-Pagamentos- Efetuados.aspx)

**Posição em 08-04-2019 11:42:53**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. [Clique aqui](https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes.aspx) (<https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes.aspx>) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

## ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages /Acompanhe- o-Processo- de-Indenizacao.aspx)

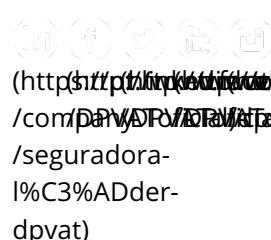
**Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT**

 Disponível na App Store (<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)

 DISPONÍVEL NO Google Play (<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataforma.digital>)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)



(<https://www.facebook.com/seguradoralider>) (<https://www.instagram.com/seguradoralider/>) (<https://www.linkedin.com/company/seguradora-lider-dpvat/>)

**Serviços**

- › Acompanhe seu Processo (/Pages /Acompanhe- o-Processo- de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages /Consulta- a-Pagamentos- Efetuados.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba- como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos- de-Atendimento)

**Dúvidas e Respostas**

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages /Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre- o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes- Gerais-Sobre- o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas- Indispensaveis- Para-Pedir- a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro

**Atendimento**

- › Chat - Atendimento On-line (/Contato /Chat-e-Atendimento- On-Line)
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato /Duvidas- Reclamacoes- e-Sugestoes)
- › Telefones de Contato (/Contato/telefones- de-contato)
- › Ouvidoria (/Contato /Ouvidoria)
- › Canal de Denúncias (/Contato/canal- de-Denuncias)



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 12:39:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040812381112100000019825189>  
 Número do documento: 19040812381112100000019825189

08/04/2019 11:43

Num. 20380052 - Pág. 2

- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao) DPVAT (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)
- › DPVAT/Dicionario- do-Seguro-DPVAT) Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Fr
- › Mapa do Site (/Mapa- do-Site) Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Download)

Termos de uso e política de privacidade (/Pages/Termos-de-Uso.aspx)



08/04/2019 11:43



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 12:39:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040812381112100000019825189>  
Número do documento: 19040812381112100000019825189

Num. 20380052 - Pág. 3

**Poder Judiciário da Paraíba**  
**2ª Vara Mista de Santa Rita**

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7) 0801274-85.2019.8.15.0331

**DESPACHO**

Vistos, etc.

Nos termos do art. 238<sup>1</sup>, CPC, **CITE-SE** a parte promovida, com a contrafé e cópia deste despacho, para no prazo de 15 dias, com o processo no estado em que se encontra, informar sobre a possibilidade de transação em audiência de conciliação prévia e, caso positivo, **REMETA-SE** ao CEJUSC para as providências devidas.

Do contrário, não havendo interesse em audiência de conciliação prévia, fica intimada a parte promovida para, no mesmo prazo anterior, oferecer defesa, nos termos do art. 335, III<sup>2</sup> c/c 231, I<sup>3</sup>, ambos do CPC, sob pena de decretação de revelia e produção destes efeitos.

Ademais, ocorrendo a hipótese de desinteresse em audiência de conciliação préviaem que a parte promovida opta pela apresentação da peça defensiva, conforme supra, nos termos do art. 465, caput<sup>4</sup>, CPC/2015 e em face do **CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO 015/2014 ENTRE O PODER JUDICIÁRIO ESTADUAL E A PESSOA JURÍDICA REPRESENTANTE DO CONSÓRCIO DE SEGURADORAS**em razão de demandas dessa natureza, de antemão, NOMEIOa(o) Dr(a). VERUSKA LUNGUINHO OLIVEIRA DE PONTES, veruskapontes@ig.com.br (83) 9133-0633, AV. NOSSA SENHORA DOS NAVEGANTES, 500 - TAMBAÚ João Pessoa 58039-111, como perito(a) do Juízo, devendo cumprir o encargo obedecendo as advertências do art. 466, caput<sup>5</sup>, CPC/2015, observando as determinações dos §§<sup>6</sup>1º e 2º, do mesmo dispositivo normativo, ficando intimada a parte promovidapara, querendo, no mesmo ato, apresentar manifestação consoante art. 465<sup>7</sup>, §1º, I a III, CPC/2015, bem como recolher o valor dos honorários periciais, os quais arbitro em **R\$ 200,00 (duzentos reais)**e, ato contínuo, nesta mesma hipótese, INTIME-SE a parte promoventepara, querendo, apresentar manifestação quanto aos mesmos termos, no mesmo prazo.

Escoado o prazo e recolhido o valor dos honorários periciais, **INTIME-SE PESSOALMENTE** a perita nomeada para dizer se aceita o encargo e, aceitando, designar o ato com prazo mínimo de 15 (quinze) dias, não excedente a 30 (trinta) dias, devendo entregar o laudo pericial no prazo de 05 (cinco) dias, após o exame.



Aceito o encargo e designado o dia, nos termos do art. 474<sup>8</sup>, CPC/2015, INTIME-SE as partes para realização do ato no dia, hora e local designados.

Ato contínuo, juntado o laudo nos autos, INTIME-SE as partes para, querendo, no prazo comum de 15 (quinze) dias, conforme art. 477, §1º<sup>9</sup> CPC/2015, apresentar manifestações, informando sobre a possibilidade de transação em comum acordo e/ou indicar outras provas, sob pena de julgamento antecipado do feito, nos termos do art. 355, I<sup>10</sup>, CPC/2015.

Escoado o prazo à cima e não havendo impugnações, EXPEÇA-SE ALVARÁ à perita nomeada e INTIME-SE pessoalmente para levantamento, entregando-o(a) mediante recibo nos autos, bem como, QUANTO AO FLUXO DO PROCEDIMENTO, não havendo requerimento de audiência de conciliação ou de produção de outras provas, CERTIFIQUE-SE o decurso e faça-se CONCLUSOS para julgamento.

SANTA RITA, 21 de maio de 2019

06819405499

Juiz(a) de Direito

**1**(CPC/2015) Art. 238. Citação é o ato pelo qual são convocados o réu, o executado ou o interessado para integrar a relação processual.

**2**(CPC/2015) Art. 335. O réu poderá oferecer contestação, por petição, no prazo de 15 (quinze) dias, cujo termo inicial será a data: (...) III - prevista no art. 231, de acordo com o modo como foi feita a citação, nos demais casos.

**3**(CPC/2015) Art. 231. Salvo disposição em sentido diverso, considera-se dia do começo do prazo: I - a data de juntada aos autos do aviso de recebimento, quando a citação ou a intimação for pelo correio;

**4**(CPC/2015) Art. 465. O juiz nomeará perito especializado no objeto da perícia e fixará de imediato o prazo para a entrega do laudo.

**5**(CPC/2015) Art. 466. O perito cumprirá escrupulosamente o encargo que lhe foi cometido, independentemente de termo de compromisso.

**6**(CPC/2015) Art. 466. § 1º Os assistentes técnicos são de confiança da parte e não estão sujeitos a impedimento ou suspeição. § 2º O perito deve assegurar aos assistentes das partes o acesso e o acompanhamento das diligências e dos exames que realizar, com prévia comunicação, comprovada nos autos, com antecedência mínima de 5 (cinco) dias.

**7**(CPC/2015) Art. 465, §1º. I - arguir o impedimento ou a suspeição do perito, se for o caso; II - indicar assistente técnico; III - apresentar quesitos.



**8**(CPC/2015) Art. 474. As partes terão ciência da data e do local designados pelo juiz ou indicados pelo perito para ter início a produção da prova.

**9**(CPC/2015) Art. 477. § 1º As partes serão intimadas para, querendo, manifestar-se sobre o laudo do perito do juízo no prazo comum de 15 (quinze) dias, podendo o assistente técnico de cada uma das partes, em igual prazo, apresentar seu respectivo parecer.

**10**(CPC/2015) Art. 355. O juiz julgará antecipadamente o pedido, proferindo sentença com resolução de mérito, quando: I - não houver necessidade de produção de outras provas;





Poder Judiciário da Paraíba  
2ª Vara Mista de Santa Rita

PÇ ANTENOR NAVARRO, CENTRO, SANTA RITA - PB - CEP: 58300-010

---

**Número do Processo:** 0801274-85.2019.8.15.0331  
**Classe:** PROCEDIMENTO **COMUM** **CÍVEL** (7)  
**Assunto:** [ S E G U R O ]  
**Polo ativo:** AUTOR: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA  
**Polo passivo:** RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

### **CERTIDÃO**

Certifico e dou fé que, nesta data, juntei o comprovante de recebimento da carta de citação pela Secretaria.

SANTA RITA, 19 de junho de 2019

LUCIANA DE ALBUQUERQUE FERREIRA

Analista Judiciária



Assinado eletronicamente por: LUCIANA DE ALBUQUERQUE FERREIRA - 19/06/2019 16:48:07  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061916480716400000021499621>  
Número do documento: 19061916480716400000021499621

Num. 22144315 - Pág. 1

Successfully created



**ESTADO DA PARAÍBA  
PODER JUDICIÁRIO DA PARAÍBA  
2ª Vara Mista de Santa Rita**

PROCESSO N° 0801274-85.2019.8.15.0331

PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL (7)  
[SEGURO]

AUTOR: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

RÉU: MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A

**CARTA DE CITAÇÃO**

De ordem da MM Juíza de Direito deste Juízo, em cumprimento ao despacho proferido nos autos da ação acima identificada, nos termos do art. 238 do CPC, **CITO a MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A** (Endereço: AV PRESIDENTE EPITÁCIO PESSOA, 723, - de 1147 a 1741 - lado ímpar, ESTADOS, JOÃO PESSOA - PB - CEP: 58030-001) para, no prazo de 15 dias, oferecer defesa, nos termos do art. 335, III c/c 231, I3, ambos do CPC, sob pena de decretação de revelia e produção destes efeitos.

**Segue link abaixo contendo cópia da inicial e do despacho.**

SANTA RITA-PB, 14 de junho de 2019.

LUCIANA DE ALBUQUERQUE FERREIRA  
Analista Judiciária

*Luciana 19/06/2019*

14/06/2019 12:07



**PARA VISUALIZAR A CONTRAFÉ ACESSE O LINK:** <https://pje.tjpb.jus.br/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>

NO CAMPO "Número do documento" INFORME O IDENTIFICADOR DO DOCUMENTO:  
**1904081238317070000019824501 e 19060222153547100000020738012**



Assinado eletronicamente por: **LUCIANA DE ALBUQUERQUE FERREIRA**

**14/06/2019 12:06:58**

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam>  
ID do documento: **22024427**



**19061412065533600000021386508**

[imprimir](#)

14/06/2019 12:07



Assinado eletronicamente por: LUCIANA DE ALBUQUERQUE FERREIRA - 19/06/2019 16:48:08  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19061916480795300000021499623>  
Número do documento: 19061916480795300000021499623

Num. 22144317 - Pág. 2