



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

EXCELENTÍSSIMO 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:

### **ACÇÃO 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 n.º 61.074.175/0001-38, com filial localizada à Av. Presidente Epitácio Pessoa, n.º 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 n.º 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.

Cumpra ressaltar, Excelência, que as lesões causadas ao Promovente lhe diminuam 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 tíbia, 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 vigente 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 percebimento 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 Nº 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 nº 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 nº 340/06, posteriormente convertida na Lei nº 11.482/07, quanto o evento danoso se deu em data anterior vez à vigência da norma.*

*Processo:20020080158641001Decisão:AcórdãoRelator:Juíza de Direito Convocada Maria das Graças Morais 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:02220090007497001Decisão:AcórdãoRelator:Des. Márcio Murilo da Cunha RamosOrgãoJulgador: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/MF  
sob o nº 646.890.344-0, residente e domiciliado  
à Rua Cel. Ednaldo Tavares Rufino, nº 261,  
Ed 11 B, lote 40 B, Município, Santa Rita / PB.

**OUTORGADO:**

**DANIEL VIEIRA SMITH**, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil, Seccional da Paraíba, sob o n.º 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 Cíveis, 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 de Oliveira Silva

**OUTORGANTE**





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAIBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

*Marcos Aurélio de Oliveira Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
REGISTRO GERAL L. 356.931  
DATA DE EMISSÃO 07.01.1988  
NOME MARCOS AURÉLIO DE OLIVEIRA SILVA  
FUNÇÃO Miguel Trajano da Silva  
Maria das Neves de Oliveira Silva  
NASCIMENTO 30-08-1968  
NATURALIDADE Santa Rita - PB  
DOC ORIGEM Cert. Matr. 21.603, Fls. 357, Liv. 1-30, Cart. de Bayeux - PB  
JULG. PESSOAS - PB  
PLEI ASSINADO POR DEPT. CARVALHO  
LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

C/C

Nº DE INSCRIÇÃO 646890344 00

NOME COMPLETO MARCOS AURÉLIO DE OLIVEIRA SILVA.

NASCIMENTO 30.08.68

ASSINATURA *Marcos Aurélio de Oliveira Silva*

TERA VALIDADE SOMENTE COM A REPRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

C/C

Nº DE INSCRIÇÃO 646890344 00

NOME COMPLETO MARCOS AURÉLIO DE OLIVEIRA SILVA.

NASCIMENTO 30.08.68

ASSINATURA *Marcos Aurélio de Oliveira Silva*

TERA VALIDADE SOMENTE COM A REPRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
12 FEV. 2019  
PROTOCOLO  
AO JOÃO PESSOA



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica : N° 019.942.066



ENERGISA PARAIBA - 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 CEL EDNALDO TAVARES RUFINO 261 Q 11B L 408  
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)



DESTAQUE AQUI

GILBERTO GOMES DA SILVA

Roteiro: 06-009-901-1820

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

## VENCIMENTO

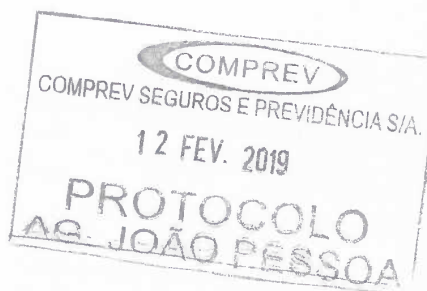
15/02/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 24,69

## MATRÍCULA

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





**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 Investigação, 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 Manzuá, na cidade de Conde/PB, telefone(s) para contato (83) 98890-7134.

**Dados do(s) Fatos:**

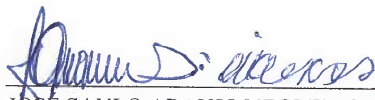
Local: Psf de Jacumã, Psf, Conde/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/01/18 09:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

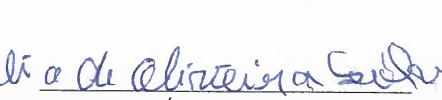
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

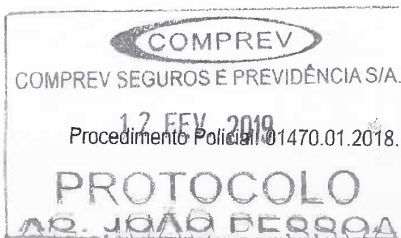
QUE, o notificante transitava nas proximidades do PSF de Jacumã, Cidade de Conde/PB, e que na ocasião estava no carona, onde quem conduzia o veículo era a pessoa de Marcio Aurélio Dias da Silva, portador do CPF nº 074.578.494-16; QUE segundo o notificante veículo este uma motocicleta, marca e modelo: 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 Nº 0852/2018, EXPEDIDO PELA DRª 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  
Agente de Investigação

  
MARCOS AURÉLIO DE OLIVEIRA SILVA  
Noticiante



**CNPJ 08.806.754/0015-401**  
**SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA**  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

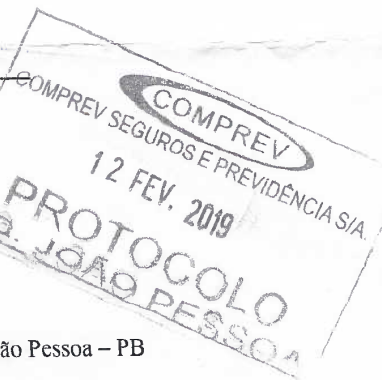
O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 802/109, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1936374, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA** idade 49 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 01//01/2018, nas proximidades do PSF de Jacumã, Bairro: Conde-PB - aproximadamente às 10:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 26 de Março de 2018.

*Jefferson da Rocha Augusto*  
Estatístico  
CREIS\* Região: 10171

**Jefferson da Rocha Augusto**  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB  
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



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  
Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE A  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MARCO AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

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, OOVLAGE

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

Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE PSF JACUMA

Traorte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COL CARROXOTO PROX A MANSUAR

Vitima de violência por: ENTRADA DA PRAIA DO SOL

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispineia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[X] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Qxa Principal

COLISAO CARRO E MOTO COM TRAUMA EM MID

NEGA DESMAIO SIC

Historia - Exame Fisico (hora do atendimento medico)

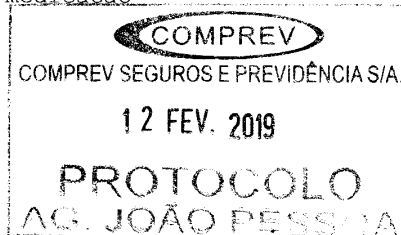
*1/10/18 vítima de acidente de trânsito, com  
fractura crânio para D.*

Diagnostico

*CD: Intoxicação* Conduta

Prescrição

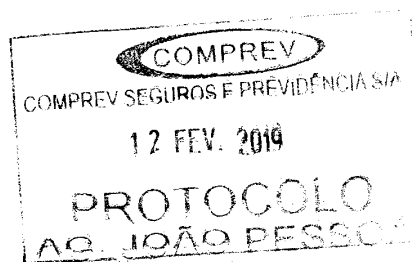
Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao



Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

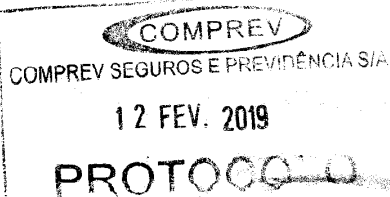






# LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <b>Marco Aurélio de Oliveira Silva</b>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <b>48 anos</b>	SEXO <b>Masc</b>	COR	CLÍNICA <b>Ortopedia</b>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <b>01/01/2018</b>		DATA DE ALTA <b>05/01/2018</b>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <b>04 dias</b>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <b>Fratura Diafisária de Tíbia Dir.</b>				CID <b>S82.3</b>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <b>O mesmo</b>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <b>Rx de perna demonstrando solução de continuidade óssea da Tíbia</b>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
TOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO COLETA DE MATERIAL: ( ) SIM ( ) NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )					
ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES) <b>Paciente portador(a) de fratura diafisária da Tíbia 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, antitrombótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</b>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: <b>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</b>					
REPOUSO: Relativo em casa por <b>15</b> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <b>30</b> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <b>45</b> dias e com esforço maior em <b>90</b> dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: <b>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.</b>					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <b>Ciprofloxacina, Tramadon (cloridrato de tramadol), Pradaxa.</b>					
RETORNO: Ao posto de saúde em <b>21</b> dias. Ao ambulatório do <b>Complexo Hospitalar Mangabeira</b> em <b>21</b> dias para revisão.					
DATA <b>05.01.2018</b>				ASS. MÉDICO / C.R.M. <b>Dr. Alexandre Galvão</b> Ortopedia e Traumatologia CRM 91285/510 9603	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					



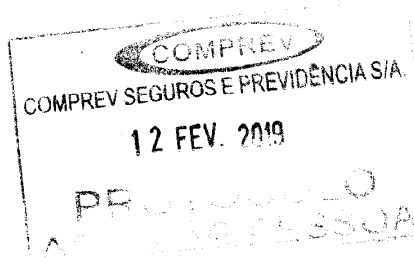
P/ Marcos Aurélio de Oliveira Silva

### Lauda Médica

Paciente vítima de trauma em perna  
resultando em fratura da tíbia, foi  
internado( ) e tratado cirurgicamente com  
uso de material de osteossíntese,  
encontrando-se apto(a) a realizar suas  
atividades habituais e laborais por um  
período de 100 (cento e vinte) dias a  
contar da data abaixo.

CID: S82.3

Dr. Alexandre Galvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9.128-PB 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 Ambrósio de V. Silva 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  
(Um mês) dias, a partir desta data. 03/03/18

João Pessoa, 03/03/2018

Dr. Danilo F. Pinheiro  
Médico  
Assinatura do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

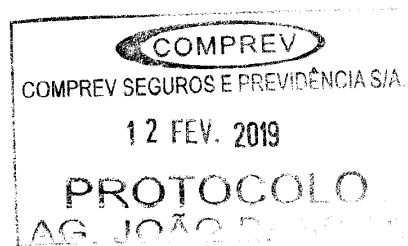
Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o(a)  
Dr.(a) \_\_\_\_\_, a registrar o diagnóstico  
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

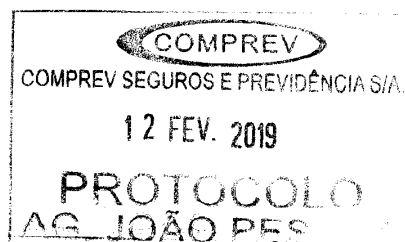
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





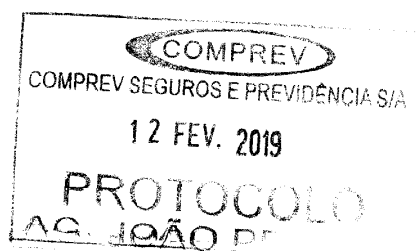
NÚMERO DO CADASTRO:	2 3 9 9 6 2 8	1 - CPF	2 - CGC	2	1 0 2 0 2 4 3 4 0 0 0 1 2 8
NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY					
ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N – CEP 58056-384, JOÃO PESSOA - PB					
BAIRRO: MANGABEIRA II		MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA		UF: PARAÍBA	
PACIENTE: <i>Marco Aurélio Silva</i>		IDENTIDADE:		IDADE:	
ENDEREÇO:		ORIGEM			
		( ) PAM			
		( ) SES			
BAIRRO:		( ) SSM			
DADOS CLÍNICOS		<i>Fratura de Ossos da Perna E</i>		ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE	
MATERIAL A EXAMINAR					
EXAMES SOLICITADOS		<i>Rx do Perna AP/P</i>			
DATA: 24 /01 /2018		CARIMBO E ASSINATURA			

*Dr. Alexandre Galvão*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9128-SBTO-9603





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:		IDENTIDADE:		IDADE:	
ENDEREÇO: Marco Aurélio Silva		ORIGEM			
BAIRRO:		( ) PAM			
		( ) SES			
		( ) SSM			
DADOS CLÍNICOS		ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE			
Fratura de Ossos da Perna E					
MATERIAL A EXAMINAR					
EXAMES SOLICITADOS Rx da Perna AP/P					
DATA: 28 / 02 / 2018		Dr. Alexandre Galvão Ortopedia e Traumatologia CRM 9128 SP/0 9588			
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 Calvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9128 SPTO 9603

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: *Marco Aurélio de Oliveira Silva*

Endereço: **Rua Projetada, 00.Jacumã**  
**Conde -PB**

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

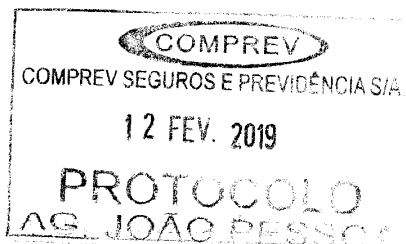
Data: *03/01/18*

### 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

29,38

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

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

2) Tramadon (50mg) ----- 01 CX  
(Cloridrato de tramadol) 16,89

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

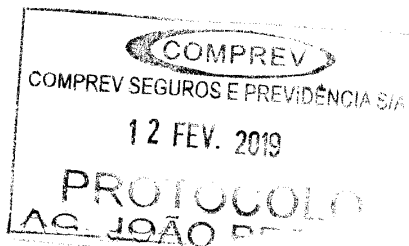
3) Pradaxa (110mg) ----- 60 Comprimidos  
(comprimidos)

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

Dr. Alexandre Galvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 91284/SETO 9603

03.01.18

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





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Marcos Aurelio Oliveira Data da Admissão:    /   /     
Prontuário:     Idade:     Enfermaria:     Leito:      
Nome da Mãe:      
Endereço:     Bairro:      
Cidade:     Estado:     Fone:     Profissão:      
Sexo: F ( ) M ( ) Cor:     Estado Civil:     Religião:      
Escolaridade:     Data de Nascimento    /   /   

QPD: Ex. Outros para D  
HDA: Pte. neta de ac. de  
nato, com fratura osso  
para D

Medicações em uso

### Interrogatório Sintomatológico:

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

**Pele:**    

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

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

**ABD:** [ ] Dor     [ ] Pirose [ ] Solução [ ] 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-reposu [ ] Deformidades  
[ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos

**SN e PSO:** [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade      
[ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor    



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

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

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa [ ] HTF

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

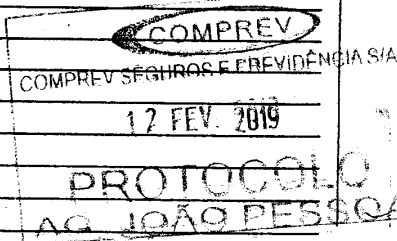
AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_



Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: *Ex. amarelo para D.*Conduta: *Intervenção*

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





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 Tíbia Direita</i>				<i>S82.3</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Osteossíntese de Fratura de Tíbia</i>					
Acidente 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



Assinado eletronicamente por: DANIEL VIEIRA SMITH - 08/04/2019 12:38:48

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19040812352430500000019825080>

Número do documento: 19040812352430500000019825080





## CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Mário Amílton de

Almeida Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 03/01/18

Nº PRONTUÁRIO:                      FICHA:                     

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Galvão

DIAGNÓSTICO: Fx da 1ª e 2ª Tíbia

PROCEDIMENTO: Osteossíntese

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É  
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.





Comunidade Recreio  
MANGABEIRA  
GOVERNADOR TRISTÃO DE ALMEIDA



**RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS**

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

*Retorno!*

*28/03/18 - 12,00*

Assinatura e Carimbo

*Dr. Carlos Tereza S. Silva*  
*Outubro de 2018*  
*Clínica de Medicina*





Complexo Hospitalar  
**MANGABEIRA**  
GOVERNADOR TARCÍSIO BURITI

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) Paracetamol (110mg) ----- 60 Comprimidos

(comprimidos)

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

Dr. Alexandre Galvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 91261-SFTO-5603

03.01.18

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, s/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pe  
B



Complexo Hospitalar  
**MANGABEIRA**  
GOVERNADOR TARCISIO BUARITTA

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) Paracetamol (110mg) ..... 60 Comprimidos  
(comprimidos)

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

Dr. Alexandre Galvão  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9128-8 BTO 8603  
03.01.18

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





## RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

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

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

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

Dr. Alexandre *Carvalho*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9128 8070 8608  
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: *Marco Aurélio de Oliveira Silva*

Endereço: Rua Projetada, 00, Jacumã  
Conde - PB

Prescrição: *Tramadon (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: \_\_\_\_\_





### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Marco Antônio de V. Silva 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 S82.9, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 (sessenta) dias, a partir desta data. 03/03/18

João Pessoa, 03/03/2018

Dr. João Paulo F. Pinheiro  
Médico  
Assinatura de Parimêdo 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 56065-394, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

P/ Marco Aurelio de Oliveira Silva

### Laudo Médico

Paciente vítima de trauma em torção  
relatando em fratura da tibia, foi  
admitido(a) e tratado(a) cirurgicamente com  
uso de material de osteossíntese,  
apresentando-se estável e a seguir, em  
situação de estabilidade e tolerância por um  
período de 120 (cento e vinte) dias a  
contar da alta médica.

CID: S82.3

Dr. Alexandre Galvão  
Osteopata e Traumatologista  
CRM 9.603  
GAB. 128 - SBOT 9.603

28/02/18

DR. ALEXANDRE GALVÃO  
CRM 9.128-PB SBOT 9.603





12

## CERTIDÃO


Nº. 0852/2018

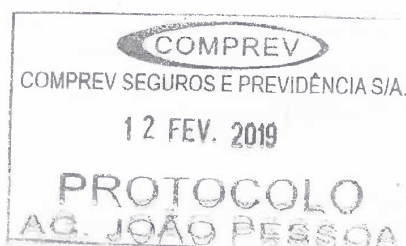
Atendendo solicitação de DANIEL VIEIRA SMITH de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 90806 e Prontuário nº 2018.01.00056, pertencentes 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, dato 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

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0051633/19

**Vítima:** MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA

**CPF:** 646.890.344-00

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

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

**CPF de:** Próprio

### 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 DE OLIVEIRA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/02/2019  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

  
MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA

1 Devolvido



## 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: 646.890.344-00 Nome completo da vítima: Marcom Angelo de Oliveira

### REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Marcom Angelo de Oliveira CPF: 646.890.344-00  
Profissão: pedreiro Endereço: R. Cel. Ednaldo Teodoro Rufino Número: 261 Complemento: casa  
Cidade: Tibiriçá Estado: PB CEP: 58.700-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): 98890-7134

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

**RENDA 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) ☐ Itau (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Bradesco  
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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

### 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: \_\_\_\_\_ 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 Pessoa 12/02/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Marcom Angelo de Oliveira  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura  
**COMPREV**  
**COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A**  
**12 FEV. 2019**  
Assinatura  
**PROTOCOLADO**  
**12.02.2019**  
**JOÃO PESSOA**

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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.

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

646.890.344-00

Nome completo da vítima

Marcos Aurelio de Oliveira Silva

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

Nome completo Marcos Aurelio de Oliveira Silva		CPF titular da conta 646.890.344-00	Profissão Pedreiro
Endereço Rua Puytada / Vilaage		Número	Complemento
Bairro Indeterminado	Cidade Londre	Estado Paraíba	CEP 58000-000
Email DVS ADVOCACIA @ GMAIL.COM			Telefone (DDD) (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 informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

- ☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

- ☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

BANCO Nome Bradesco		NRO. 237
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.
2195		31317
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora 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.

João Pessoa, 15 de novembro de 2018.

Local e Data

Marcos Aurelio de Oliveira Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Marcos Aurélio de Oliveira Silva, portador da carteira de identidade nº 1.356.931 e inscrito no CPF/MF sob o nº 646.890.344-00, residente e domiciliado na Rua Puerto / Village, Cidade Condé / 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.

Marcos Aurélio de Oliveira Silva

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

João Pessoa, 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 SilvaIDENTIFICADORA DO RG Nº 2.356.931EXPEDIDO POR SSP/PBEM 07/01/1988CPF 646890364-00/CNPJ 000000000-00000000E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO 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.

João Pereira 15 de novembro de 2018

LOCAL E DATA

Marcos Aurélio de O. Silva

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.





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).

**INFORMACOES 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

Marcos 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.

João Pereira 15 de novembro de 2018

Local e Data

X Marcos Aurelio de 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 034.578.499-16, com

domicílio na cidade de Condé, no Estado de

Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

cel. Ednaldo Tavares Rufino, nº 261,

complemento ADM B408, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

menção é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Marcos Aurélio de O. Silva, cujo o condutor era

Márcio Aurélio Dias da Silva.

Veículo: motô

Modelo: Honda/NXR 260 Bros ESDD

Ano: 2014

Placa: OF 1872/PB

Chassi: 9E2KD0810HR416321

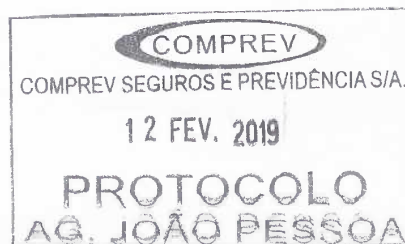
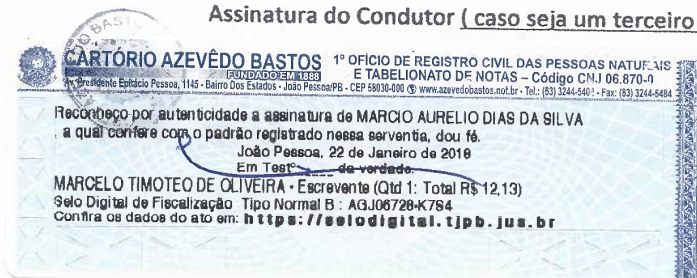
Data do Acidente: 03/01/2018

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

Márcio Aurélio Dias da Silva  
Assinatura do Declarante

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  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: MARCIO AURELIO DIAS DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF: 3324768 SSP PB

CPF: 074.578.494-16 DATA NASCIMENTO: 25/03/1990

FILIAÇÃO: MARCOS AURELIO DE OLIVEIRA SILVA MARIA CELIA DIAS DA COSTA

Nº REGISTRO: EST 15.68.494-16 PERMISSÃO: ACC CALHAR: AD

OBSERVAÇÕES: EXERCE ATIV REMUNERADA.

Marcio Aurelio Dias da Silva

LOCAL: JOAO PESSOA, PB DATA EMISSÃO: 23/07/2014

ASSINATURA DO EMISSOR: Rodrigo Cunha/ho

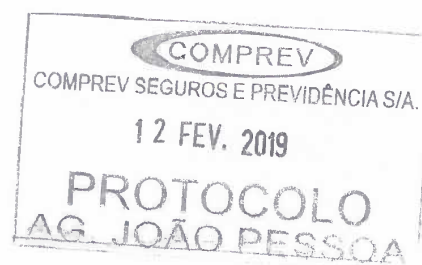
ASSINATURA DO TITULAR: [Assinatura]

44518469680 PB028523342

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 90428939

PROIBIDO PLASTIFICAR 90428939



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013136530615  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: COD. RENAVAM: 201700000056550-9 EXERCÍCIO: 2017  
1 0111097910-7 00/00000000 2017

MARCIO AURELIO DIAS DA SILVA

07457849416

OFEL1872/PB

PLACA ANT/UF

CHASSI

NOVO PB

9C2KD0810HR416321

MARCA/MODELO

HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB.

ANO MOD.

2016

2017

CAP/POT/CIL

2 P/162 /CI

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

AZUL

COTA ÚNICA

IPVA PAGO EM

00/00/0000

FAIXA IPVA

\*\*\*\*\*

PARCELAMENTO/COTAS

0

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

\*\*\*\*\*

SEGURO

PAGO

22/02/2017

A.F BANCO HONDA S.A

BAYEUX-PB

41521

LOCAL

DATA

23/02/2017

7003781

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 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

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

2017

DATA EMISSÃO

23/02/2017

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

01110979107

HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB.

2016

CAT. TARIF.

9

CHASSI

9C2KD0810HR416321

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

\*\*\*\*\*

DENATRAN (R\$)

\*\*\*\*\*

CUSTO DO SEGURO (R\$)

\*\*\*\*\*

CUSTO DO BILHETE (R\$)

\*\*\*\*\*

IOF (R\$)

SEGURO

TOTAL A SER PAGO SEGURADO

PAGO

COTA ÚNICA

0

PAGAMENTO

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

22/02/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

7003781-1639591-20170223

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
12 FEV. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA







(/)



Buscar no site



Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

### ACESSIBILIDADE

[\(/Pages /Acessibilidade.aspx\)](#)[\(/Pages](#)[/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](#)

### 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



## PAGUE SEGURO

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



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



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvt.plataforma.digital>)



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



(<https://pt-br.facebook.com/seguradoralider>)

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

(<https://www.youtube.com/channel/UC3ADder-dpvt>)

## Serviços

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

## 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)



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

[Termos de uso e política de privacidade \(/Pages/Termos-de-Uso.aspx\)](#)



**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 prévia em 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, **NOMEIO**a(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 promovida para, 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 promovente** para, 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)
A s s u n t o :			[ 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



Successfully created



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

PROCESSO Nº 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

*Redi 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:**  
**19040812383170700000019824501 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

