



Número: **0802401-06.2017.8.15.0371**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **7ª Vara Mista de Sousa**

Última distribuição : **07/07/2017**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
NELSON FERREIRA DE LIMA (AUTOR)		JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA (ADVOGADO)	
PORTO SEGURO COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36248063	04/11/2020 16:09	Petição	Petição
36248074	04/11/2020 16:09	2622114_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
36248081	04/11/2020 16:09	2622114_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2016

Carta nº: 9881235

A/C: NELSON FERREIRA DE LIMA

Sinistro: 3160619885 ASL-1110056/16
Vitima: NELSON FERREIRA DE LIMA
Data Acidente: 18/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

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

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

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

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

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

ATENÇÃO:

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

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01463/01464 - carta_01





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2016

Carta nº: 9883579

A/C: NELSON FERREIRA DE LIMA

Sinistro: 3160619885 ASL-1110056/16
Vítima: NELSON FERREIRA DE LIMA
Data Acidente: 18/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 13/10/2016 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 18/07/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Documentação médico-hospitalar ilegível

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

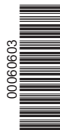
PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01205/01206 - carta_03





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10288072

A/C: NELSON FERREIRA DE LIMA

Sinistro: 3160619885 ASL-1110056/16
Vítima: NELSON FERREIRA DE LIMA
Data Acidente: 18/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

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

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00303/00304 - carta_02



Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2017

Carta nº: 10383598

A/C: NELSON FERREIRA DE LIMA

Sinistro: 3160619885 ASL-1110056/16
Vitima: NELSON FERREIRA DE LIMA
Data Acidente: 18/07/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: NELSON FERREIRA DE LIMA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000558

Conta: 000003708-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$	1.687,50
---	-----	----------

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00901/00902 - carta_15R



00020451



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

DOCUMENTO 1 "T16"



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, Alison Ferreira de Lima
PORTADOR(A) DO RG Nº 999 938 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 03 / 04 / 14 E
CPF 0209036929-09 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO meusos
E RENDA MENSAL DE R\$ 14.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA de nome 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 PREVIDENCIA 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), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

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

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0558 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 9908-3

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.

Sousa PB 03 de Setembro de 2016

LOCAL E DATA

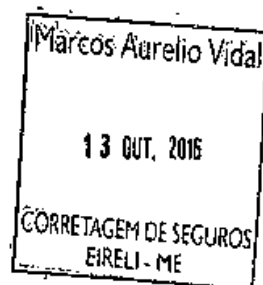
Alison Ferreira de Lima

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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.







BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 743 /2016

Versando sobre: **acidente de trânsito.**

Data e hora do fato: **18/07/2016 (segunda-feira), por volta das 10:00h.**

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: **25/08/2016 – 09:50h.**

Local do ocorrido: **imediações da linha férrea, Conj. Frei Damião, Sousa/PB.**

COMUNICANTE: NELSON FERREIRA DE LIMA, brasileiro, casado, motorista, natural de ME
Natal/RN, 68 anos de idade, nascido aos 06/05/1948, CNH: 02017725460 CAT:D
VAL:29/08/2017 DETRAN/PB, filho de Luiz Ferreira de Lima e de Dionisia Rocha,
residente na Trav. Vinte de Abril, n.º 105, Jardim Sorrilândia I, Sousa/PB, Telefone para
contato: (83) 9.9616-5174.

VÍTIMA: o comunicante.

HISTÓRICO: QUE no dia 18/07/2016 (segunda-feira), por volta das 10:00h, o comunicante se deslocava do centro sentido hospital Santa Terezinha, conduzindo a motocicleta HONDA CG 125 TITAN KS, COR VERMELHA, ANO 2003, MOD 2003, PLACA MOR0372/PB, CHASSI: 9C2JC30103R191558, RENAVAL: 799827983, registrada em nome de LUIZ ANTONIO DE OLIVEIRA, e quando, se encontrava nas imediações da linha férrea, no Conj. Frei Damião desta cidade, um indivíduo conduzindo um veículo automóvel não identificado, veio por trás e atingiu a traseira da motocicleta acima referida, tendo com o impacto o comunicante se desequilibrado e caído ao solo; QUE o condutor do veículo automóvel se evadiu do local sem prestar socorro ao comunicante; QUE o comunicante afirma que logo em seguida um rapaz desconhecido que ia passando pelo local socorreu o comunicante até o hospital regional desta cidade, local onde recebeu atendimento médico; QUE em virtude do ocorrido, o comunicante sofreu uma fratura no pé esquerdo, sendo submetido a cirurgia no dia seguinte, em referido hospital; QUE o comunicante não teve despesas médicas hospitalares e nem com exames pois foi atendido pelo SUS; QUE o comunicante afirma que gastou R\$ 270,00 (duzentos e setenta reais) com medicamentos; QUE o comunicante é habilitado para conduzir veículo automotor, CNH categoria D; QUE ninguém mais se envolveu em referido acidente; **QUE é conhecedor(a) das sanções civis, penais e administrativas a que está sujeito(a), caso o declarado aqui não seja estritamente a verdade.** Nada mais a constar.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: **lavratura do presente BO.**

SOUSA – PB, 25 de agosto de 2016.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. Dr. Aulinson Tabosa de Farias

COMUNICANTE: *Nelson Ferreira de Lima*

ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL: Arlan Alves Dantas

DOCUMENTO 1 "T1%"



JOSÉ NEVES MOREIRA – Titular, Del. Vítor Henrique Rodrigues Neves
Serviço Notarial e Registral
Rua Espírito Santo, 100 - Fone: (83) 3522-6638

Autentico a presente cópia, reprodução fiel do original que se foi
apresentado. Em testemunho da verdade.
Sousa-PB 25/08/2016 07:56:39
Plínio Henrique Rodrigues Neves - Tabelião
(2016-007418) ENCL:R\$ 2,12 FAPEN:R\$ 0,25 FEPJ:R\$ 0,42 ISS:R\$
SELO DIGITAL: AD940375-VAGX
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE

Eu, Nelson Ferreira de Lima, portador da carteira de identidade nº 794 938 e inscrito no CPF/MF sob o nº 309.336.924-04 residente e domiciliado na Rua 20 de Abril 1105, Jd. Jerusalém da Cidade Salvador Estado Pernambuco 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:

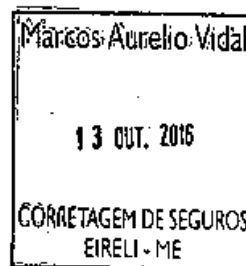
- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior 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 Vidal

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Salvador PB, 03. Setembro - 2016

Local e data



Dependent on the

NOME: HOSPITAL DISTRITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS - UPS
ENDEREÇO: RUA - JOSE FACUNDO DE LIMA - SIN - GATO PRETO
CEP: 58.800-005 CNEC: 2904537 CNPJ:
MUNICÍPIO: SOUSA ESTADO: PARAIBA UF: 25

DADOS DO PACIENTE

NOME: NELSON FERREIRA DE LIMA PRONT.: 00000082

SEXO: M	ON - IDADE: 06/05/1948 - 66 A 2 M 12 D	RAÇA: 7 COR: PANDA
MÃE: DIONÍSIA ROCHA		OCCUPAÇÃO
INTERVENIÊNCIA:		SUSPRENATAI -

MAIORIDADE? _____ CPF: _____ DOCUMENTO: Identidade - 794936
CNS: _____
ENDERECO RUA - TRAVESSA VINTE DE ABRIL - 105 - BOA VISTA

COMPLEMENTO: CONTATO: (83) 99616-5174
MUNICÍPIO: SOUSA CEP: 58.800-005 ESTADO: PARAÍBA

CÓDIGO DO MUNICÍPIO	DATA	REGISTRO	POR	CLASSIFICAÇÃO	AMARELO	PESO	TEMPERATURA	PRESSÃO
251620	18/07/2016	14:46:48						

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

164

100

Order of 27 May

1. Just the number is what

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS) 5510

[illegible][illegible]

1

1000

01 - ELETIVO ☒ *10/08/2017*

02 - URGÊNCIA ☐

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA ☐

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO ☐

27/49

05- OUTROS TIPOS DE LESÕES OU ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

1. The first part of the document is a title page. It contains the title of the report, the author's name, and the date of the report. The title is "The Effect of the New Tax Law on the Investment Industry". The author is "John Doe". The date is "January 1, 1980".

DIAGNOSTICO

	CID - 10	io Vie
--	----------	--------

MEDICAÇÃO _____
☐ PRESCRITA
ENCAMINHAMENTO
☐ OBSERVAÇÃO ☐ RESIDÊNCIA

Aurel

(...)	INTERNAÇÃO	(...)	OUTRO HOSPITAL
-------	------------	-------	----------------

☒ APLICADA	☐ ORBITO	(...) OUTROS	Mar
--	---------------------------------	--------------	-----

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS: CÓDIGO - C80

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
0	0	1	4	9	16	25	36	49	64	81	100	121	144	169	196	225	256	289	324	361	400	441	484	529	576	625	676	729	784	841	900	961	1024	1089	1156	1225	1296	1369	1444	1521	1600	1681	1764	1849	1936	2025	2116	2209	2304	2401	2500	2601	2704	2809	2916	3025	3136	3249	3364	3481	3600	3721	3844	3969	4096	4225	4356	4489	4624	4761	4900	5041	5184	5329	5476	5625	5776	5929	6084	6241	6400	6561	6724	6889	7056	7225	7396	7569	7744	7921	8100	8281	8464	8649	8836	9025	9216	9409	9604	9801	10000

ASSINATURA(S) DOS PROFISSIONAIS ASSISTENTE(S) - CARIMBO

100

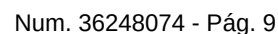
CNS	CBO	CRM
-----	-----	-----

ASSINATURA DO ACOMPANHANTE / PACIENTE / RESPONSÁVEL	OU PEGUEIRO DIRETO
---	--------------------

ASS. DO DEPARTAMENTO TÉCNICO - CARIMBO	ASSINATURA DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO
<i>Maisson Garcia de Oliveira</i>	

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NELSON FERREIRA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00558

CONTA: 000000003708-3

Nr. da Autenticação B3D85B49493625A2





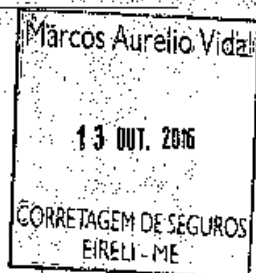
DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Nelson Ferreira da LimaRG nº 794 038, data de expedição 03/04/14, Órgão SSPPB

CPF nº 309.336.924-04, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua 20 de Abril</u>
Número	<u>105</u>
Apto/Complemento	<u>Rosa</u>
Bairro	<u>Pl. Semelândia</u>
Cidade	<u>Sousa</u>
Estado	<u>Paraíba</u>
CEP	<u>58805-060</u>
Telefone de Contato	<u>(83)8181-8197 / 9344-6560 / 9919-4307</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me:

Local e Data: Sousa PB, 03 de Setembro de 2015Assinatura do Declarante: Nelson Ferreira da Lima

FRANCISCA OLIVEIRA DE LIMA
RUA 20 DE ABRIL, 106 - JOSEFELANCA
S. SOUSA, PB CEP: 68005-020 (AG: 1771)



Conta: QUOTE RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO 0,200 km 25 - Cidade Redonda, João Pessoa - PB CEP: 53001-680
Referência: Jun/2016 CNPJ 09.026.023/0001-40 Ins. Est. 18.015.020-0
Nº medidor: 0000000005 Emissão: 20/06/2016

ENERGISA PARÁRQUIS (FUNDADA PE ENEPROM SA)
Atividade: Comércio de Energia Elétrica (POTD 047 940)
Código para Débito Automático: 0000072511

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

Conta referente a: UC (Unidade Consumidora): 5/378266-1

Jun/2016 Canal de contato

Apresentação

20/06/2016

Data prevista da próxima leitura

21/07/2016

CPT/ CNPJ/ RAN

88888888

1805/18 14834 2000/18 14813

Faturas em atraso

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

27/05/2018 05.50

Anterior: 1805/18 14834 Atual: 2000/18 14813

Consumo: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Consumo em kWh: 139 Valor: 0,4197 Valor: 0,4197

Item	Base de Cálculo	Alíquota	Valor
ICMS	16,00	12,00	1,92
PIS	1,00	1,00	0,01
COFINS	1,00	1,00	0,01

VENCIMENTO: 28/06/2016

TOTAL A PAGAR: R\$ 96,11

28/06/2016 R\$ 96,11

28/06/2016 R\$ 96,11

28/06/2016 R\$ 96,11

28/06/2016 R\$ 96,11

28/06/2016 R\$ 96,11

28/06/2016 R\$ 96,11

28/06/2016 R\$ 96,11

28/06/2016 R\$ 96,11

28/06/2016 R\$ 96,11

28/06/2016 R\$ 96,11

28/06/2016 R\$ 96,11

28/06/2016 R\$ 96,11

28/06/2016 R\$ 96,11

28/06/2016 R\$ 96,11

28/06/2016 R\$ 96,11

28/06/2016 R\$ 96,11

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL

Apurada

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Limite de Tensão

Compartilhamento da fatura total em sua conta

Discriminação

Valor

%

Discriminação

Valor

%

Discriminação

Valor

%

Discriminação

Valor

%

Discriminação

Valor

%

Discriminação

Valor

%

Discriminação

Valor

%

Discriminação

Valor

%

Discriminação

Valor

%

Marcos Aurelio Vidal
13 OUT. 2016
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

CARLOS ADEMIR VERRAS PINHEIRO
RUA JOSE FAQUENDES DE LIMA 76 SL 01 - GATO PRETO
CEP 68002-100 - BOUSA / RS (AG: 177)
CPF: 0800-100-BOUSA / RS (AG: 177)
CNPJ: 08.000.000/0001-01
Cidade: BOUSA / RS
Estado: RS
Data: 08/07/2016

Energisa

ENERGISA PARAIÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 25 - Centro - Bacia - João Pessoa / PB - CEP 54071-000
CNPJ: 08.093.183/0001-40 - INSC. EST. 18.013.823-7
Módulo: 000010000000-5 30400054000-5 1183832018-3 07801770018-2
Código de Verificação: 000010000000-5 30400054000-5 1183832018-3 07801770018-2

DOCUMENTO 1 "T14"



Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 5/11838320-9

Conta de contato

JUL/2016

Apresentação

11/07/2016

Esta declaração substitui, para a comprovação do pagamento das obrigações do consumidor, as quinquelas dos faturas emitidas pelo sistema de uma a quatro no mês e das datas anteriores.

10/08/2016

CPF: CNPJ: RAN: 07801770018-2

Data: 10/08/2016

Faturas em atraso

Demora em atraso

Valor (R\$)

12,54

2,97

0,18

0,04

2,30

11,80

0,50

0,30

0,14

3,27

0,25

0,22

0,15

0,04

18/07/2016

R\$ 36,40

RESERVADO AO FISCO

311F.C88.F00.D418.76DF.E87D.3E8A.6688

Indicadores de Qualidade

Composição de valor total da sua conta

Discriminação

Valor (R\$)

%

10,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

1,00

Marcos Aurelio Vidal
13 OUT. 2016
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

**DECLARAÇÃO****Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

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

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu, Carlos Ademir Ulbrics Pinheiro, portador(a) do

RG nº 2001097006008, expedido por CN HCE, em

03/10/13, CPF/CNPJ nº 973.419.833-63,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário(a) Nelson

Ferreira de Lima do sinistro de DPVAT da natureza Involuntária

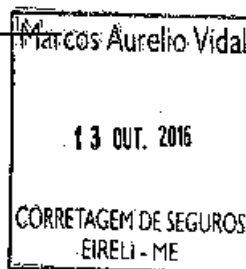
da vítima Nelson Ferreira de Lima, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: recusou Renda Mensal: R\$ recusou

Documentos comprobatórios: não possui

ASSINATURA – PROCURADOR/INTERMEDIÁRIO





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luiz Antonio de Oliveira

RG nº 3239442, data de expedição 01/08/06 Órgão PPB

Portador do CPF nº 084.996.604-36, com domicílio na cidade de Santa Helena Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/ Avenida/Estrada) St. Lapa Grande, s/n, nº 50, complemento lousa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Nelson Ferreira de Lima, cujo o condutor era Nelson Ferreira de Lima.

Veículo: Honda 100 125 Titan KS

Modelo: 2003

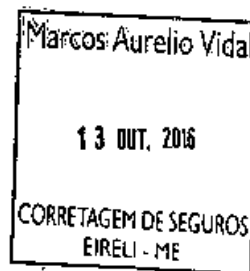
Ano: 2003

Placa: MOR 0372

Chassi: 9C2JC30103R191558

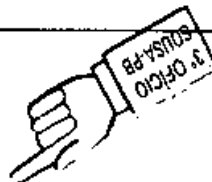
Data do Acidente: 18/07/2016

Local e Data: Sousa PB, 25/08/2016



Luiz Antonio de Oliveira

Assinatura do Declarante



Nelson Ferreira de Lima

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



JOSÉ NEVES MOREIRA Titular: Bel. Pâmela Herculano Rodrigues Mendes
Serviço Notarial e Registral Rua Sargento Ezequiel de Carvalho, 64 - Centro - Sousa/PB
CPF: 57090-130 - Fone: (35) 3521-2070

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: LUIS ANTONIO DE OLIVEIRA

Em test. da verdade, Sousa-PB 25/08/2016 10:29:06
FRANCISCO DE SOUSA PEDROSA NETO - ESCRIVENTE
(2016-010296)JENL:R\$ 38,49 FARPEN:R\$ 0,25 FCP:R\$ 1,70 ISS:R\$ 0,25
SELO DIGITAL: ADM32291-0162
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

JOSÉ NEVES MOREIRA Titular: Bel. Pâmela Herculano Rodrigues Mendes
Serviço Notarial e Registral Rua Sargento Ezequiel de Carvalho, 64 - Centro - Sousa/PB
CPF: 57090-130 - Fone: (35) 3521-2070

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: NELSON FERREIRA DE LIMA

Em test. da verdade, Sousa-PB 25/08/2016 10:31:35
FRANCISCO DE SOUSA PEDROSA NETO - ESCRIVENTE
(2016-010297)JENL:R\$ 38,49 FARPEN:R\$ 0,25 FCP:R\$ 1,70 ISS:R\$ 0,25
SELO DIGITAL: ADM32292-0161
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 16:09:36

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 16:09:36



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Luiz Antonio de Oliveira

RG nº 3239442, data de expedição 01/08/06 Órgão PPB

Portador do CPF nº 084.996.604-36, com domicílio na cidade de Santa Helena Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) St. Lages Grande, s/n, nº 50, complemento lousa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Nelson Ferreira de Lima, cujo o condutor era Nelson Ferreira de Lima.

Veículo: Honda 100 125 Titan KS

Modelo: 2003

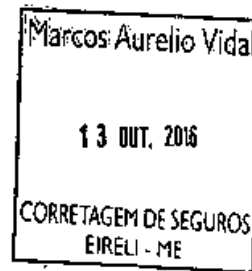
Ano: 2003

Placa: MOR 0372

Chassi: 9C2JC30103R191558

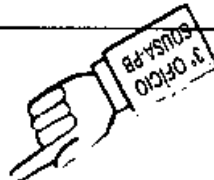
Data do Acidente: 18/07/2016

Local e Data: Sousa PB, 25/08/2016



Luiz Antonio de Oliveira

Assinatura do Declarante



Nelson Ferreira de Lima

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



JOSÉ NEVES MOREIRA Titular: Bel. Plínio Henrique Rodrigues Mendes
Serviço Notarial e Registral Rua Sargento Ezequiel de Carvalho, 64 - Centro - Sousa/PB
CPF: 57905-130 - Fone: (35) 3521-2070

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: LUIS ANTONIO DE OLIVEIRA

Em test. da verdade, Sousa-PB 25/08/2016 10:29:06
FRANCISCO DE SOUSA PEDROSA NETO - ESCRIVENTE
(2016-010296)JENL:R\$ 38,49 FARPEN:R\$ 0,25 FEP:R\$ 1,70 ISS:R\$ 0,25
SELO DIGITAL: ADM32291-0162
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

JOSÉ NEVES MOREIRA Titular: Bel. Plínio Henrique Rodrigues Mendes
Serviço Notarial e Registral Rua Sargento Ezequiel de Carvalho, 64 - Centro - Sousa/PB
CPF: 57905-130 - Fone: (35) 3521-2070

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: NELSON FERREIRA DE LIMA

Em test. da verdade, Sousa-PB 25/08/2016 10:31:35
FRANCISCO DE SOUSA PEDROSA NETO - ESCRIVENTE
(2016-010297)JENL:R\$ 38,49 FARPEN:R\$ 0,25 FEP:R\$ 1,70 ISS:R\$ 0,25
SELO DIGITAL: ADM32292-0161
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Francisco de S. Pedrosa Neto
Escrivente Autorizado
3º Ofício - Sousa-PB





ESTADO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL 60050350



UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS - UPS
NOME: HOSPITAL DISTRITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES
ENDEREÇO: RUA - JOSE FACUNDO DE LIMA - S/N - GATO PRETO
CEP: 58.800-005 CNES: 250433-7 ESTADO: PARAIBA UF: 25
MUNICÍPIO: SOUSA

DADOS DO PACIENTE

NOME: NELSON FERREIRA DE LIMA PRONT: 00000082
SEXO: M DN - IDADE: 06/05/1948 - 68 A 2 M 12 D RAÇA / COR: PARDA
MÃE: DIONISIA ROCHA OCUPAÇÃO:
NATURALIDADE: - SUSPRENATAL: 794938
CNS: - CPF: - DOCUMENTO: Identidade - 794938
ENDEREÇO: RUA - TRAVESSA VINTE DE ABRIL - 105 - BOA VISTA
COMPLEMENTO: - CONTATO: (83) 9886-5174
MUNICÍPIO: SOUSA CEP: 58.800-005 ESTADO: PARAIBA
CÓDIGO DO MUNICÍPIO: 251620 DATA: 18/07/2016 14:48:48 REGISTRADO POR: Juliana Braga

CLASSIFICAÇÃO AMARELO

PESO

TEMPERATURA

PRESSÃO

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

(512)

MATERIAIS - MEDICAMENTOS - OUTROS

Material de 10mg OK

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- ☒ 01 - ELETIVO
☐ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAFEGO PARA O TRABALHO
☐ 05 - OUTROS, TIPOS, DE LESÕES OU ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO

DIAGNÓSTICO

CID - 10

ENCAMINHAMENTO

- ☒ MEDICAÇÃO
☐ PRESCRITA
☐ OBSERVAÇÃO
☐ INTERNAÇÃO
☐ RESIDÊNCIA
☐ OUTRO HOSPITAL
☐ APLICADA
☐ ÓBITO
☐ OUTROS

PROCEDIMENTOS REALIZADOS: CÓDIGO - CBO

ASSINATURAS DOS PROFISSIONAIS ASSISTENTES - CARMBO

CNS

CBO

CRM

ASSINATURA DO ACOMPANHANTE / PACIENTE / RESPONSÁVEL

OU PULGAR DIRETO

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARMBO

ASSINATURA DO REVISOR CLÍNICO - CARMBO

13 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

DOCUMENTO 5



copiada em 28.05.08

SUS HOSPITAL REGIONAL DE MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

SISTEMA
UNICO
DE SAÚDE

SOUSA - PB.

idade - 68 anos.

SUS- 708802419151710

MAT: 122 - 045

RG- 794 938

Nelson Ferreira de Lima Bloco: Apt: Leito:

06 / 05 / 48

Est. Civil: C

Resp: Nelson Ferreira de Oliveira

20 de Abril

Cidade: Sousa

Estado: PB

Assistente: Dr. Luiz Alberto Clínica: Cirurgica

Data Internação: 18 / 07 / 2016 Peso: Temperatura: P.A.:

AMNESE:

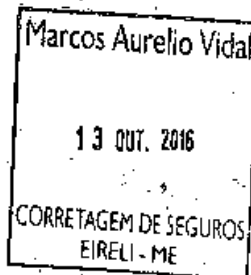
Exa Principal:

História da Doença Atual:

paciente com dor no abdome
e náuseas

EXAME FÍSICO:

paciente com dor no abdome
e náuseas



DIAGNÓSTICO:

Exat. máh...
pat. ...



Hospital		HRS	
Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Wilson Ferreira de Sousa		123045	
Data Operação	Em	Leito	
29/09/2016			
Operador	1.º Auxiliar		
Dr. Suelio Moreira			
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesista	Tipo de Anestesia		
Dr. Renato	Rápido		
Diagnóstico Pré-Operatório			
Fract. mandíbula mandibular			
Tipo de Operação			
Fract. cirurgia			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

Marcos Aurelio Vidal

13 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS

EIRELI - ME

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

Realizada a cirurgia de fratura da mandíbula mandibular, com a realização de uma osteotomia vertical e a colocação de uma placa de fixação com parafusos de compressão. A cirurgia foi realizada sob anestesia geral, com o paciente em posição supina. O procedimento foi realizado com sucesso, sem complicações. O paciente foi encaminhado para o setor de recuperação pós-operatória.

Dr. Suelio Moreira





Estado da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

Nome: Antonio Junior Idade: Cor: Enfermidade: Leito: Categoria:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO
10/11	300mg de Ure		Quê 1.º pla 2.º
11/11	300mg de Ure		2.º pla 3.º
12/11	300mg de Ure	14h - 22h - 06h	2.º pla 3.º
13/11	300mg de Ure	16h - 22h - 04h - 10h	2.º pla 3.º
14/11	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
15/11	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
16/11	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
17/11	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
18/11	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
19/11	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
20/11	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
21/11	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
22/11	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
23/11	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
24/11	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
25/11	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
26/11	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
27/11	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
28/11	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
29/11	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
30/11	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
01/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
02/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
03/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
04/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
05/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
06/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
07/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
08/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
09/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
10/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
11/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
12/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
13/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
14/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
15/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
16/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
17/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
18/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
19/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
20/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
21/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
22/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
23/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
24/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
25/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
26/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
27/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
28/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
29/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
30/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
31/12	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
01/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
02/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
03/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
04/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
05/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
06/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
07/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
08/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
09/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
10/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
11/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
12/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
13/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
14/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
15/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
16/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
17/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
18/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
19/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
20/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
21/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
22/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
23/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
24/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
25/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
26/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
27/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
28/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
29/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
30/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
31/01	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
01/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
02/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
03/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
04/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
05/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
06/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
07/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
08/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
09/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
10/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
11/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
12/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
13/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
14/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
15/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
16/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
17/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
18/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
19/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
20/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
21/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
22/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
23/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
24/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
25/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
26/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
27/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
28/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
29/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
30/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º
31/02	300mg de Ure	22h - 10h	2.º pla 3.º

Dr. Antônio Eneas de Brito
CRM: 2122
CPF: 059.741.194-87

Alfonso

Dr. Antonio Eneas de Brito
CRM: 2122
CPF: 059.741.194-87

13 DEB. 2016
CORRETAGEM DE SEGUROS
BIRELI - ME

Dr. Antônio Eneas de Brito
CRM: 2122
CPF: 059.741.194-87

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Nome do Estabelecimento Substituto		CMES
HOSPITAL REGIONAL DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES		2504537
Nome do Estabelecimento Substituto		CMES
HOSPITAL REGIONAL DEP. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES		

Nome do Paciente		Apelido		Nº Prebitério	
Nelson Ferreira de Sousa				123045	
Data de Nascimento		Sexo		Raca / Cor	
10/02/1965		M		B	
Data de Internação		Mês		Ano	
06/05/18		11		18	
Nome do Responsável		CPF		Raca / Cor	
Wilson Garcia de Oliveira		03		B	
Município de Nascimento		Município de Residência		UF	
Serra Talhada		Serra Talhada		PE	
Município de Nascimento		Município de Residência		UF	
Serra Talhada		Serra Talhada		PE	
Município de Nascimento		Município de Residência		UF	
Serra Talhada		Serra Talhada		PE	

Nome do Diretor Clínico do Estab. apresentando		Nº Cons. do Estab.		CPF	
Dr. Francisco de Paula		2480		0222991915	
Nome do Diretor Clínico do Estab. apresentando		Nº Cons. do Estab.		CPF	
Dr. Francisco de Paula		2480		0222991915	

Município Clínico e Substituto Clínico	
Serra Talhada - PE	

Condições para Admissão e Internação	
Paciente em boas condições clínicas para internação.	

Principais Resultados de Exames Diagnósticos (Exames de Exatidão)	
RT + Exame Clínico	

Município Clínico e Substituto Clínico	
Serra Talhada - PE	

Município Clínico e Substituto Clínico	
Serra Talhada - PE	

Município Clínico e Substituto Clínico	
Serra Talhada - PE	

Município Clínico e Substituto Clínico	
Serra Talhada - PE	

Município Clínico e Substituto Clínico	
Serra Talhada - PE	

Marcos Aurelio Vidal
13-OUT-2018
CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME

Número do documento: 20110416093560800000034609566

၁၃၂၂ ခုနှစ်
ဧပြီလ ၁၀ ရက်
နေ့စွဲ

Quesada - P.S.

double 68 and 69

SUS- 408802419151710

RG-792 938

REF: 102-045

RG- 494 938
Milson Ferreira de Lima Filho
Rua da Liberdade, 100 - Centro - São Paulo - SP - 01000-000

06/05/2018 E Resp: FOL RPT JUDICIAL DE C... P103

20 de Abril 1945

ion Assistant: Cy Kowiz Theresa Minnie Chang PA:

Temp. ambiente: 18/04/2016 Hora: 10:00

ANNEXE:

etna Principal:

storia da Doença Alcool

NAME FISCAL:

DIAGNÓSTICO:

Marcos Aurelio Vidal
 20 DEZ. 2016
 CORRETAGEM DE SEGUROS
 EIRELI - ME

CPF: 343.089.604-91





HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Estado da Paraíba
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA DE MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: Anderson Falcão Idade: Cor: Enfermidade: Leito: Categoria:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO
10/11/2020	300mg de Ceftriaxona		Quil 1.0 ple x b
11/11/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias no Hospital de
12/11/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
13/11/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
14/11/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
15/11/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
16/11/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
17/11/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
18/11/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
19/11/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
20/11/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
21/11/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
22/11/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
23/11/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
24/11/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
25/11/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
26/11/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
27/11/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
28/11/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
29/11/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
30/11/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
01/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
02/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
03/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
04/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
05/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
06/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
07/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
08/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
09/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
10/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
11/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
12/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
13/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
14/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
15/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
16/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
17/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
18/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
19/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
20/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
21/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
22/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
23/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
24/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
25/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
26/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
27/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
28/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
29/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
30/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias
31/12/2020	300mg de Ceftriaxona		3 dias



Dr. Anderson Falcão
CRM: 7122
CPF: 055-741-194-97

Dr. Anderson Falcão
CRM: 7122
CPF: 055-741-194-97

Alfonso

Dr. Anderson Falcão
CRM: 7122
CPF: 055-741-194-97

Dr. Anderson Falcão
CRM: 7122
CPF: 055-741-194-97

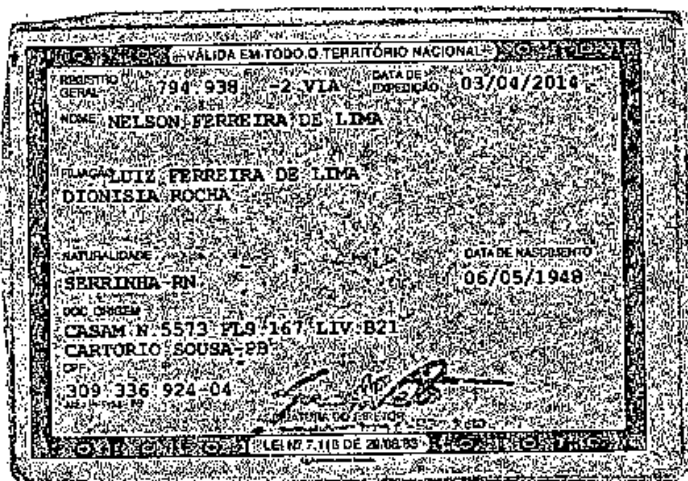
Dr. Anderson Falcão
CRM: 7122
CPF: 055-741-194-97

Dr. Anderson Falcão
CRM: 7122
CPF: 055-741-194-97

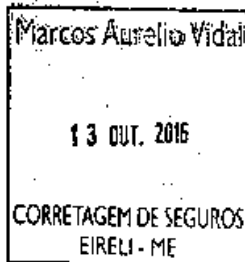
Dr. Anderson Falcão
CRM: 7122
CPF: 055-741-194-97







DOCUMENTO 6 "76%



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 PARTICIPANTE NACIONAL DE NAVEGAÇÃO

NOME: NELSON FERREIRA DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / CATEGORIA UF: 194938 SSP PB

CPF: 309.336.924-04 DATA NASCIMENTO: 06/03/1948

PLACAO: LOIZ FERREIRA DE LIMA
 DIONISIA ROCHA

PROFISSÃO: ACC. CATEGORIA: D

PROCESSO: 02017725460 VIGENCIA: 29/08/2017 P. ANULAÇÃO: 24/10/1982

Observações:

Assinatura do Titular:

LOCAL: SOUSA, PB DATA: 03/12/2014

Assinatura do Carteiro: 57109455080
 28029650712

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

Marcos Aurelio V. de S.

13 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
 EIRELI - ME



DOCUMENTO 3 1370

[illegible]

13 OCT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
EIRELI - ME



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 7178985772

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA - PRT 20080600003307

1 799827983

NOME/ENDEREÇO

LUIZ ANTONIO DE OLIVEIRA
 SÍTIO LAGOA GRANDE SM CASA
 ZONA RURAL
 5925000 SANTA HELENA - PB

OFF/OGC 08499660436

PLACA MOR0372/PB

NOME ANTERIOR JOANA BENICIO SARAIVA

PLACA ANT/UF NOVO PB 9C2JC30103R191558

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO/APLIC

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 TITAN, KS

ANO FAB 2003 ANO MOD 2003

CAP/ROT/CIL 2 P/124 /CI

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

QUANTIDADE DE SEMEAS PARA TRANSFERENCIA

QUANTIDADE DE SEMEAS

LOCAL SANTA HELENA

DATA 13/03/2009

9440

Marcos Aurelio Brasiliro Lima

DOCUMENTO 7 - 17%

Marcos Aurelio Vidal

13 OUT. 2016

CORRETAGEM DE SEGUROS
 EIRELI - ME



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160619885 **Cidade:** Sousa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NELSON FERREIRA DE LIMA **Data do acidente:** 18/07/2016 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/01/2017

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITE AVALIAR SEQUELAS

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160619885 **Cidade:** Sousa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NELSON FERREIRA DE LIMA **Data do acidente:** 18/07/2016 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE DOR E DEFICIT DE EXTENSÃO E FLEXÃO DO TORNOZELO. AO EXAME APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, CICATRIZ DE APROXIMADAMENTE 4 CM NA REGIÃO DO MALÉOLO MEDIAL, PROEMINÊNCIA ÓSSEA EXUBERANTE, DOR À PALPAÇÃO NO TORNOZELO, LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO: FLEXÃO PLANTAR À 15º, FLEXÃO DORSAL À 20º.

Resultados terapêuticos: VITIMA FOI ATENDIDAO, MEDICADA E INTERNADA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO MALEOLO MEDIAL (NÃO TROUXE RADIOGRAFIA).

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 05/01/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Jamacir Ferreira Moreira

CRM do médico: 8344

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: BISMARCK HEITMANN

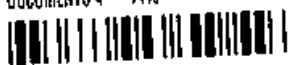
CRM do médico: 52.18488-5

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



DOCUMENTO 4 "T496"



NEVES MOREIRA Titular Del. Pleno Mônica Rodrigues Almeida
Rua Sérgio (Cidade de Carvão), 04 - Centro - Sousa/PB
CPF 58820-300 - Fone: (31) 3521-2070

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:
NELSON FERREIRA DE LIMA
FRANCISCO DE SOUSA PEDROSA NETO - ESCRIVENTE
Em test. da verdade. Sousa-PB, 25/08/2016 10:31:25
[2016-010297]EML:R# 88,49 FAPEN:R# 0,25 FEP:R# 1,70 ISS:R# 0,25
SELO DIGITAL: AWM32292-00P1
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Francisco de S. Pedroso Neto
Escrivente Autorizado
3º Ofício - Sousa-PB

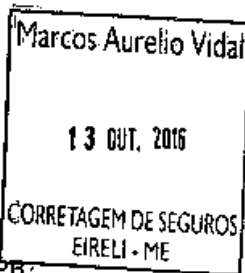
PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Nelson Ferreira de Lima
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Casado
Identidade: 794938
CPF: 309 336 924 -04
Profissão: Motorista
Endereço: Rua 20 de Abril, 105, Jd. Sorocaima, Sousa-PB

OUTORGADO:

Nome: CARLOS ADEMIR VERAS PINHEIRO
Nacionalidade: BRASILEIRO
Estado Civil: SOLTEIRO
Identidade: 2001097006008
CPF: 973.419.833-53
Profissão: EMPRESARIO
Endereço: RUA JOSE FAGUNDES DE LIRA, 76, GATO PRETO, SOUSA/PB.



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meubastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar, podendo subestabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, a fim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

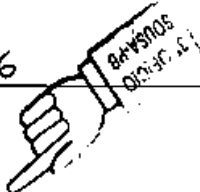
Nelson Ferreira de Lima

Sousa PB, 25.08.2016

Local e data

Nelson Ferreira de Lima

Assinatura do Outorgante



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **NELSON FERREIRA DE LIMA** Sinistro: **3160619885** Data: **18/07/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **TV VINTE DE ABRIL, 105, C - JD SORRILANDIA I - Sousa - PB - CEP 58805-060**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSDS /PB**] **794938**

Data local do exame: [**05/01/2017**] **Cajazeiras** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO. VÍTIMA REFERE DOR E DEFICIT DE EXTENSÃO E FLEXÃO DO TORNOZELO. AO EXAME APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, CICATRIZ DE APROXIMADAMENTE 4 CM NA REGIÃO DO MALÉOLO MEDIAL, PROEMINÊNCIA ÓSSEA EXUBERANTE, DOR À PALPAÇÃO NO TORNOZELO, LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DO TORNOZELO ESQUERDO: FLEXÃO PLANTAR À 15º, FLEXÃO DORSAL À 20º.

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

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

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

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
VÍTIMA FOI ATENDIDA, MEDICADA E INTERNADA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL (NÃO TROUXE RADIOGRAFIA).

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

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

Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):
Tornozelo esquerdo

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Jamacir Ferreira Moreira - CRM: 8344 - PB





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 7ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SOUSA/PB

Processo: 08024010620178150371

PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **NELSON FERREIRA DE LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

SOUSA, 30 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/11/2020 16:09:38
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110416093800600000034609573>
Número do documento: 20110416093800600000034609573