



Número: **0801457-20.2019.8.15.0731**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Cabedelo**

Última distribuição : **22/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
VALDIR DE SOUZA LIMA (AUTOR)		FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
40213 466	04/03/2021 12:48	<a href="#">Petição</a>	Petição
40213 475	04/03/2021 12:48	<a href="#">2625135_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos
40213 477	04/03/2021 12:48	<a href="#">2625135_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos

ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CABEDELO/PB

Processo n.º 08014572020198150731

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **VALDIR DE SOUZA 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:

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

**Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.**

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CABEDELO, 2 de março de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/03/2021 12:48:46  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030412484567700000038308056>  
Número do documento: 21030412484567700000038308056



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 13 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180581354

Vítima: VALDIR DE SOUZA LIMA

Data do Acidente: 01/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDIR DE SOUZA LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 13708434





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180581354

Vítima: VALDIR DE SOUZA LIMA

Data do Acidente: 01/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), VALDIR DE SOUZA LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem seqüela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00669/00670 - carta\_04 - INVALIDEZ

00669/00670



Carta nº 13722729





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

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise de 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 com 16 ou 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

327.640.144-49

Nome completo da vítima

Valdir de Souza Lima

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Valdir de Souza Lima	327.640.144-49	desempregado
Endereço	Número	Complemento
Rua Pastor José Alves de Oliveira	612	
Bairro	Cidade	Estado
Centro	Cededele	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58310-000	

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**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)		<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (040)	
AGÊNCIA NRO. (Informar dígito se existir)		BANCO Nome NRO. (Informar dígito se existir)	
1681		Banco do Brasil 001	
AGÊNCIA NRO. (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. (Informar dígito se existir)	
0		9338	

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.

feio Percepo 09 de 11 de 2018

Local e Data

X Valdir de Souza Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

X

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima Valdir de Souza Lima CPF da Vítima 327.640.144-49 Data do Acidente 01/08/2018

**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.

**PREV. PREVIDÊNCIA S.A.**  
**11 DEZ. 2018**  
**PROTOCOLO**  
**AC. JOÃO PESSOA**

João Pessoa de 11 de 2018  
Local e Data

X Valdir de Souza Lima  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017

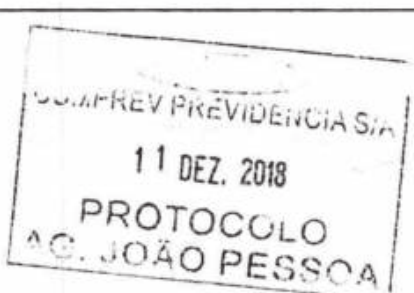







**PREFEITURA MUNICIPAL DE CABEDELLO**  
Secretaria Municipal de Saúde

**FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES**

Ficha nº		Data	01/08/18
Paciente:	VALDIR DE SOUZA LIMA		
Origem:	HOSPITAL DE CABEDELLO		
Solicitante:	ROBERTO WIT F.F.	Clínica	
Motivos do Encaminhamento:			
paciente vítima de Acidente - após travessia de ônibus e de colar de ônibus / TC atropelado			
Medicação Administrativa:			
<div style="text-align: right;"> Trama.</div>			
Encaminhado para:			
Assinatura/Carimbo MÉDICO			



**CAGEPA**  
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAIBA  
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.054/0001-87

TARIFA CATEGORIA 1  
INFORME ESTE NÚMERO  
**MATRÍCULA**  
7624867  
**REFERÊNCIA**  
OUT/2018

**CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS**

**ZUMIRA LOPES DO NASCIMENTO**  
RUA PST JOSÉ ALVES DE OLIVEIRA, 612 - CAMALAU  
CABEDELO PB 58100-222

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Público	
004.002.280.0651.000	000	1	0	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
A99N128886	21/06/1999	JARDIM	LIGADO	POTENCIAL

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (M3) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA  
3291 | 3299 | 8 | 31 | 15/11/2018

HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.

PERÍODO	CONSUMO (M3)	TURBIDEZ	CLORO	COL. TERMOT	COR	COL. TOTAIS
SET/2018	9	0	0	0	0	0
AGO/2018	11	0	0	0	0	0
JUL/2018	12	0	0	0	0	0
JUN/2018	10	0	0	0	0	0
MAI/2018	13	0	0	0	0	0
ABR/2018	17	0	0	0	0	0
MEDIA(M)	12					

DADOS REFERENTES A: AGO/2018

DATA DA IMPRESSÃO: 16/10/2018  
HORA DA IMPRESSÃO: 11:34:02

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	8 M3	37,91
CONSUMO DE ÁGUA		
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS. LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 27/10/2018  
Total a Pagar: R\$ 37,91

**CAGEPA**

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA  
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:  
SR. USUÁRIO: EM 30/09/2018, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DÍBITO  
D. COMPAREÇA AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR O PAGAMENTO  
NA PAGOS APÓS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.

11 DEZ. 2018

PROTOCOLADO

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
7624867	OUT/2018	27/10/2018	R\$ 37,91







**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

<sup>2</sup> 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Flaviana da Silva Amorim inscrito (a) no CPF/CNPJ 48.079.624 / 69  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Waldir de Souza Lima inscrito  
(a) no CPF sob o Nº 48.079.624 / 69, do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima  
Waldir de Souza Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 327.640.144 / 49, conforme  
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua da República</u>		Número <u>390</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58010-180</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>(83) 91873-0310</u>

João Pessoa de 11 de 2018  
Local e Data

Flaviana da Silva Amorim  
Assinatura do Declarante

DLRL.001 V001/2017







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



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	VALDIR DE SOUZA LIMA
DATA DE NASCIMENTO	20/04/62
NOME DA MÃE	ZULMIRA LOPES DE SOUZA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.098.482
DATA DO ATENDIMENTO	01/08/18
HORA DO ATENDIMENTO	18:12
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO
DIAGNÓSTICO (S)	CONTUSÃO DE OMBRO ESQUERDO
CID 10	S40.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de atropelamento, referindo dor em ombro e braço esquerdos. Consciente e orientado. Glasgow 15. Sem sinais de fraturas.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro esquerdo  
RX de braço esquerdo

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem alterações.

### TRATAMENTO:

Imobilização com tipoia.

ALTA HOSPITALAR:	01/08/18
DATA DA EMISSÃO:	09/10/18

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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

GOV. PREVIDÊNCIA S/A  
11 DEZ. 2018  
PROTOCOLO  
AC. JOÃO PESSOA





**Cruz Vermelha Brasileira**



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

GOVERNO  
DA PARAÍBA

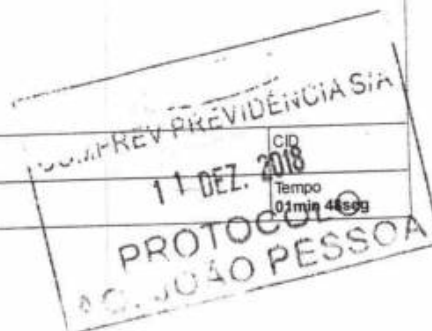
AV. ORESTES LISBOA, 56 - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1098482



<b>Identificação do paciente</b>						
ID 786330	Nome VALDIR DE SOUZA LIMA	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião NAO INFORMADA	Sexo Masculino		
Data de nascimento 20/04/1962	Idade 56 anos 3 meses 12 dias			Prontuário		
Mãe ZULMIRA LOPES DE SOUZA			Pai JOSE MANOEL DE LIMA			
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO			Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 87248922		DDD Fixo	Fone Fixo		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 750272		Nº Cns 705006001318358			
Local de procedência CABEDELO			Tipo MUNICIPIO	UF PB		
Email NAO INFORMADO	Naturalidade SANTA RITA		CBOR			
<b>Endereço</b>						
CEP 58310000	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro CREDI CAMELO			
Número 470	Complemento		Bairro CAMALAU			
<b>Admissão</b>						
Data e Hora 01/08/2018 18:12:36	Número da pulseira 10004495177		Convênio SUS			
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica				
Classificação de risco			Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ATROPELAMENTO		Detalhe do acidente MOTO X BICICLETA			
<b>Indicadores e Transporte</b>						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não		Trauma Não		
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou				
<b>Sinais Vitais</b>						
PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura		
<b>Exames complementares</b>						
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos						
Diagnóstico						
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA						

Imprimer



01/08/2018 18:14



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/03/2021 12:48:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030412484659700000038308058>

Número do documento: 21030412484659700000038308058

Num. 40213477 - Pág. 10



SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE  
L. 123456789 AV. ORESTES LISBOA, S/N PEORO CONDOM - MAC PESSOA - PB. 58001-000  
FONE: 31785586

IDENTIFICAÇÃO	Nome	Sexo	Data de Nascimento	CPF	Telefone
1. NOME DA ACIDENTADA	1085482	M	12/12/1980	1085482	31785586
2. NOME DO RESPONSÁVEL	153a 3m 12d	Masculino	1085482	1085482	31785586
3. NOME DO RESPONSÁVEL	153a 3m 12d	Masculino	1085482	1085482	31785586
4. NOME DO RESPONSÁVEL	153a 3m 12d	Masculino	1085482	1085482	31785586
5. NOME DO RESPONSÁVEL	153a 3m 12d	Masculino	1085482	1085482	31785586
6. NOME DO RESPONSÁVEL	153a 3m 12d	Masculino	1085482	1085482	31785586
7. NOME DO RESPONSÁVEL	153a 3m 12d	Masculino	1085482	1085482	31785586
8. NOME DO RESPONSÁVEL	153a 3m 12d	Masculino	1085482	1085482	31785586
9. NOME DO RESPONSÁVEL	153a 3m 12d	Masculino	1085482	1085482	31785586
10. NOME DO RESPONSÁVEL	153a 3m 12d	Masculino	1085482	1085482	31785586

**ANAMNESE**  
Acidentado de trabalho, com história de queda de altura há 12 h, com dor ativa no ombro esquerdo, nega tra. nega ingestão de bebida alcoólica.  
Exame físico: sem alterações.  
Exames de laboratório: sem alterações.  
Exames de imagem: sem alterações.

#### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES). INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP + PERF. ESC. + P. L. +  
INDICAÇÕES DE B. CO. ESQUERDO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP + PERF. ESC. + P. L. +

1.2.1.1

1.2.1.2

1.2.1.3

1.2.1.4

1.2.1.5

Dr. João Paulo Prime  
Ortopedista Traumatologista  
CRM 3048/TEOT 15501

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
11 DEZ. 2018  
PROTOCOLO  
AC. JOÃO PESSOA





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
Secretaria Municipal de Saúde

GOVERNO  
DA PARAÍBA

# ÁREA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO BONDIM, JOÃO PESSOA - PB 58031090

Tel: 3159700

Cel: 31775886

Nome: VALERIA DE LIMA	RAC: 1058482	Data de Nascimento: 07/08/2010 10:12:36	Sexo: F
Endereço: Rua 55a, 20a 120	Estado: Paraíba	Cidade: João Pessoa	CEP: 58000000
Nome: VALERIA LOPES DE SOUZA	Estado: CAMALAU	Município: CABEDELO	UF: PB
Endereço: RUA DO CAMELO, 470	Motivo: ATROPELAMENTO	Profissão: LUIZ JUVENILIO MEDEIROS DE ARAUJO CAMARA	Assinatura: 03/07/20
Nome: VALERIA LOPES DE SOUZA		Assinatura: 03/07/20	

Observações:

Observações:

1. VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA. EVOLUI COM DOR NO OMBRO ESQUERDO  
2. EXAME FÍSICO SEM ALTERAÇÕES

Exame físico:

Exame físico:

Exame físico:

Exame físico:

Exame físico: 03/07/2010 10:12:36

1. EXAME FÍSICO (AMPOLA 20ML) DILUIR 20ML

2. EXAME FÍSICO (AMPOLA 10ML) ADMINISTRAR 10ML VIA EV, 12H DE ANTES (HORA(S))

3. EXAME FÍSICO (FRASCO-AMPOLA) DILUIR 20,0 ML

## PROCEDIMENTO

OPDIA

OPDIA

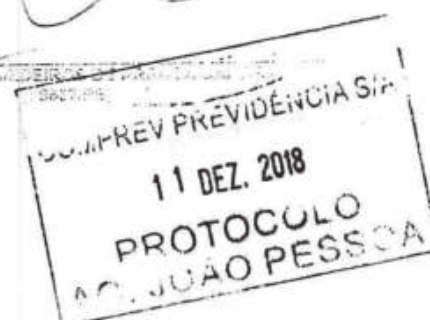
Exame físico:

Exame físico:

Exame físico:

Exame físico:

VALERIA DE SOUZA LIMA



Exame físico: 03/07/2010 10:12:36

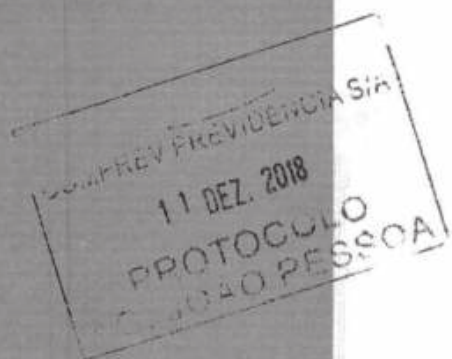


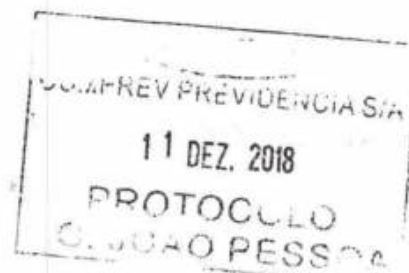
REGISTRO GERAL 750.272 -2 VIA EXPEDIENTE 05/06/2012  
 NOME VALDIR DE SOUZA LIMA  
 FILIAÇÃO JOSÉ MANOEL DE LIMA  
 EULMIRA LOPES DE SOUZA  
 NATURALIDADE SANTA RITA-PB  
 DATA DE NASCIMENTO 20/04/1962  
 DOC ORIGEM CAS C/ AVERB N. 4275 F. 274 L. 274  
 CARTÓRIO SAFE-PB  
 CPF 327.640.144-49  
 Assinatura do Oficial: *[Assinatura]*  
 Assinatura do Oficial: *[Assinatura]*  
 LEM Nº 7.116 DE 28/06/85

COMPREV PREVIDENCIA S/A  
 11 DEZ. 2018  
 PROTOCOLO  
 10040 PESSOA









## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Valdir de Souza Lima  
Nacionalidade: brasileiro Est. Civil: solteiro  
Profissão: desempregado  
Identidade: 750.272 CPF: 327.640.144-49  
Endereço: R. Pastor José Alves de Oliveira, 612, Camelaú

### OUTORGADO:

Nome: Flaviana do Silva Câmara  
Nacionalidade: brasileira Est. Civil: solteira  
Profissão: advogada  
Identidade: 2671190 CPF: 08.079.624-69  
Endereço: Rua da República, nº 390, Centro

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante 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 perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Valdir de Souza Lima

João Pessoa, 22/10/2018

Local e data

Figueiredo  
Dornelas  
S.M. LIMA

Valdir de Souza Lima

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)

COMPREV PREVIDENC  
11 DEZ. 2018  
PROTOCOLO  
CÂMARA PESSOA

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de Valdir de Souza Lima, inscrita(s) no CPF nº 327.640.144-49, residente e domiciliado(a) em R. Pastor José Alves de Oliveira, 612, Camelaú, por meio do presente instrumento particular de procuração, assinado em João Pessoa, em 22/10/2018, às 10:28:20 horas, para a prática dos atos de direito necessários ao fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório - DPVAT para a vítima.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/03/2021 12:48:47  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103041248465970000038308058  
Número do documento: 2103041248465970000038308058

Num. 40213477 - Pág. 16



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446589/18

**Vítima:** VALDIR DE SOUZA LIMA

**CPF:** 327.640.144-49

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

**Data do acidente:** 01/08/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** VALDIR DE SOUZA LIMA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

#### VALDIR DE SOUZA LIMA : 327.640.144-49

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](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: 11/12/2018  
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA  
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180581354 **Cidade:** Cabedelo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDIR DE SOUZA LIMA **Data do acidente:** 01/08/2018 **Seguradora:** AMERICAN LIFE  
COMPANHIA DE SEGUROS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 14/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO NO OMBRO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

### 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

