



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
<b>VALDIR DE SOUZA LIMA (AUTOR)</b>	<b>FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>
<b>ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
40213 466	04/03/2021 12:48	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
40213 475	04/03/2021 12:48	<a href="#"><u>2625135_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos
40213 477	04/03/2021 12:48	<a href="#"><u>2625135_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANEXO_02</u></a>	Outros Documentos

## ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/03/2021 12:48:45  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030412484455200000038308047>  
Número do documento: 21030412484455200000038308047

Num. 40213466 - Pág. 1



**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

Num. 40213475 - Pág. 1

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

Num. 40213475 - Pág. 2



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, contados 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

Pag. 01341/01342 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020671





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 sequela 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



00060335

Carta nº 13722779



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. 2



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

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

#### É obrigatório Representante Legal para:

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário 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: **327.640.144-49** 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 <b>Valdir de Souza Lima</b>	CPF titular da conta <b>327.640.144-49</b>	Profissão <b>desempregado</b>
Endereço <b>Rua Lúcio José Alves de Oliveira</b>	Número <b>612</b>	Complemento
Bairro <b>Centro</b>	Cidade <b>Cedelo</b>	Estado <b>PB</b>
Email <b></b>	CEP <b>58310-000</b>	Telefone (DDD) <b></b>

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"/> RECUZO 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 type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (300) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (401)			
AGÊNCIA NRO. <b>1681</b>	DATA NRO. <b>14/04/2018</b>	AGÊNCIA NRO. <b>1681</b>	DATA NRO. <b>09/338 06</b>
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

**PROTÓCOLO DE EXISTÊNCIA**

<b>CONTA CORRENTE (todos os bancos)</b>
BANCO Nome <b>Banco do Brasil</b>
AGÊNCIA NRO. <b>003</b>
DATA NRO. <b>16/81 0 9/338 06</b>
(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** de **11** de **2018**  
Local e Data

**X Valdir de Souza Lima**  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF-001 V001/2017





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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 Jaldur de Souza Bima | 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 (DDI)

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.

11 DEZ. 2018

PROTOCOLO  
AO JOÃO PESSOA

João Pessoa de 11 de 2018  
Local e Data

X Valdur de Souza Bima  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





PREFEITURA MUNICIPAL DE CABEDELO  
Secretaria Municipal de Saúde

OUT

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Ficha nº		Data	01/08/18
Paciente:	Suelio Moreira Torres		
Origem:	N-111126 - C. Hospital		
Solicitante:	Nogueira W.M. F.	Clinica	

Motivos do Encaminhamento:
<p>paciente vitimado a bala tento operar já morre o sangue é difícil de parar entregue</p>

Medicação Administrativa:
<p>SUAPREV PREVIDÊNCIA S/A 11 DEZ. 2018 PROTÓCOLO AC. JOÃO PESSOA</p> <p>Tranira.</p>

Encaminhado para:	
Assinatura/Carimbo MÉDICO	





**CAGEPA**

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Cima, 220 - Jaguaripe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

TARIFA CONTA ANUALIZADA INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA
7624867
REFERÊNCIA
OUT/2018

CORTE DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

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

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias			Responsável
		Habituais	Residencial	Industrial	Público
004.002.289.0651.000	000	1	0	0	0
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Agua	Situação Esgoto	
A99N128886	21/06/1999	JARDIM	LIGADO	POTENCIAL	

ANTERIOR : ATUAL : CONSUMO (m³) : NUM DE DIAS : PRÓXIMA LEITURA  
 3291 3299, 8 31 15/11/2018  
 HIST. CONS./ANOR. LEIT.: QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.  
 SET/2018 9 PARAMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES  
 AGO/2018 11 TURBIDEZ 0 0 0  
 JUL/2018 12 CLORO 0 0 0  
 JUN/2018 10 COL. TERMOT 0 0 0  
 MAI/2018 13 COR 0 0 0  
 ABR/2018 17 COL.TOTAIS 0 0 0  
 MÉDIA(m³) 12 DADOS REFERENTES A: AGO/2018

DATA DA IMPRESSÃO	16/10/2018	HORA DA IMPRESSÃO:	11:34:02
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)

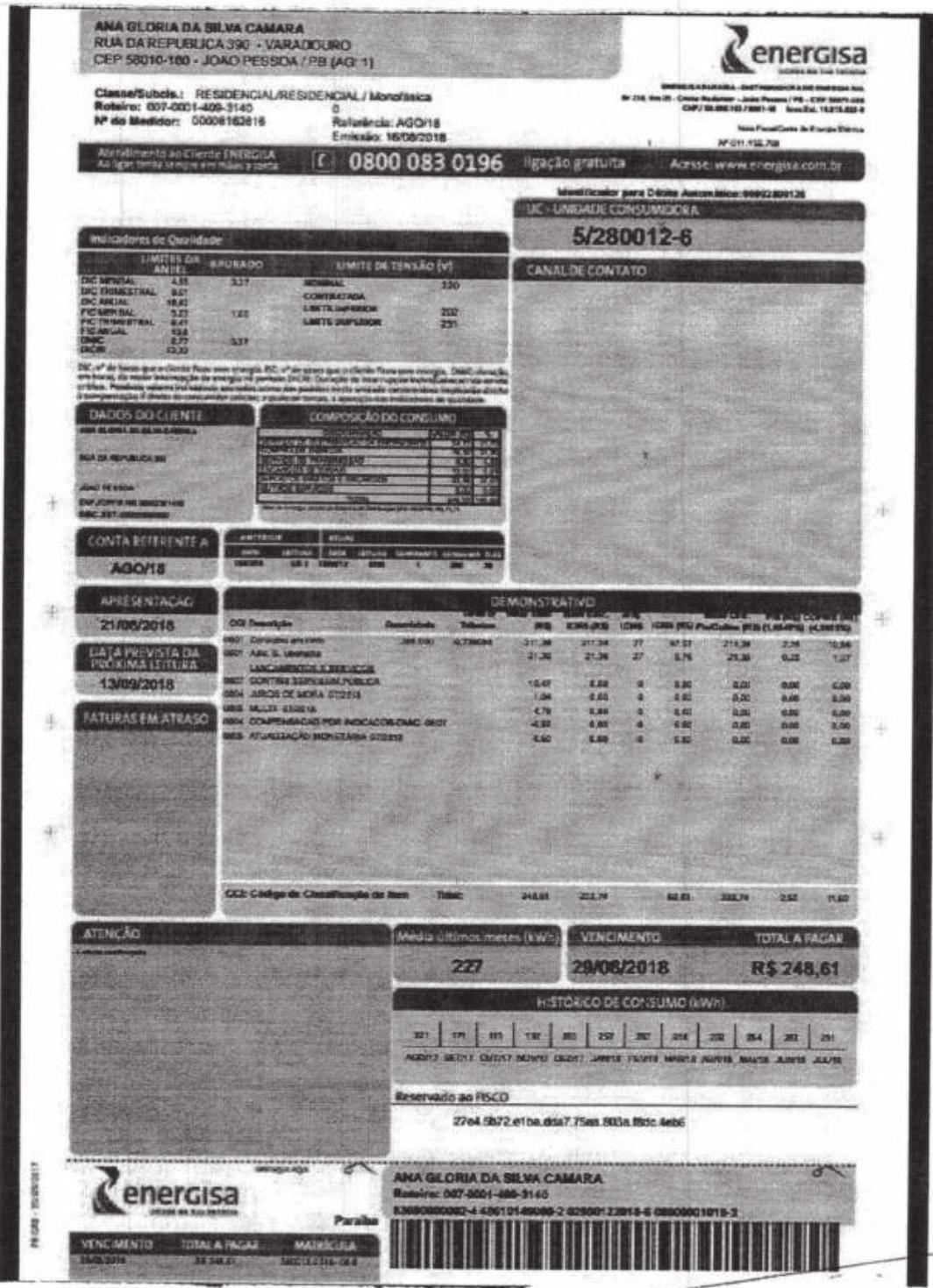
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)  
CONSUMO DE ÁGUA 8 m³ 37,91  
ESGOTO

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS, LEI 12.741/12  
 VENCIMENTO: 27/10/2018 Total a Pagar: R\$ 37,91

	CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA	TIPO DE TARIFA: 1		
CONDICÃO DO FATURAMENTO: REALIZADA				
INFORMAÇÕES GERAIS: SR. USUÁRIO: EM 30/09/2018, REGISTRAMOS QUE V. SA ESTAVA EM DBET Q. COMPAREÇA OS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR O CADASTRO HA PAGO APPS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.				
<i>PREV PREVIDÊNCIA SIN</i> <i>1 DEZ. 2018</i>				
PROTÓCOLO APP				
	MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
	7624867	OUT/2018	27/10/2018	R\$ 37,91

82650000000 3 37910010004 7 00762486701 1 10201890003 9





J. JIPREV PRÉVIEDÊNCIA S/A  
11 DEZ. 2018  
PROTOCOLO  
AC. JUCAO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/03/2021 12:48:47  
<http://pj.e-justice.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030412484659700000038308058>  
Número do documento: 21030412484659700000038308058

Núm. 40213477 - Pág. 7



## 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/BIBLIOTECAWEB/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Floriana de Siqueira Camara inscrito (a) no CPF/CNPJ 018.079.624-169, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Valdir de Souza Camara inscrito (a) no CPF sob o Nº 018.071.624-69, do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da Vítima Valdir de Souza Camara, 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	Cidade	Número	Complemento
<u>Rua da República</u>		<u>390</u>	
<u>Centro</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58010-180</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83)98873-0310</u>

João Pessoa 09 de 11 de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante



**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

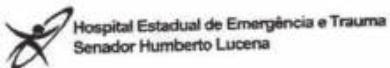
~~Dr. José de Almeida Braga  
CRM-2329/PB~~

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

11 DEZ. 2018

PROTÓCOLO  
AO MUNICÍPIO PESSOA





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

Boletim de Atendimento: 1098482



Identificação do paciente				
ID 786330	Nome VALDIR DE SOUZA LIMA			Sexo Masculino
Data de nascimento 20/04/1962	Idade 56 anos 3 meses 12 dias	Estado civil UNIAO ESTAVEL	Religião NAO INFORMADA	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 Cris 705006001318358	
Local de procedência CABEDELO				Tipo MUNICIPIO
Email NAO INFORMADO	Naturalidade SANTA RITA	UF PB		
CBOR				
Endereço				
CEP 58310000	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro CREDI CAMELO	
Número 470	Complemento		Bairro CAMALAU	
Admissão				
Data e Hora 01/08/2018 18:12:36	Número da pulseira <b>10004495177</b>		Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Caráter de atendimento ATROPELAMENTO	Motivo do atendimento	Detalhe do acidente MOTO X BICICLETA		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Piano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico	<i>REV PREVIDÊNCIA SIA</i> <i>11 DEZ. 2018 CID</i> <i>Tempo 01min 46s</i> <b>PROTÓCOLO</b> <b>AÇÃO PESSOA</b>			
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA				
Imprimir				

01/08/2018 18:14



<sup>172</sup> See the discussion in the introduction to this volume, esp. the note at the end of the introduction.



1996-03-20 10:55:00

Sp. 100

## SALA DE OBSERVAÇÃO ÁREA VERDE

卷之三

- 9 -

1. NOME DE SUCURSALIA	105482	2015/2016/2017/2018	2015/2016/2017/2018
2. NOME DO TITULAR	Flávio	Sexo:	M
3. NÚMERO	53a 3m 12d	Genero:	Masculino
4. NÚMERO DE CADASTRO	705006001318358	RG:	11-872480-2
5. ENDERECO DE RESIDÊNCIA		UF:	RN
6. NOME DO PROFISSIONAL	Exercendo	Função:	
7. NÚMERO DO CRÉDITO	CAMALAU	CABINETE:	03
8. NOME DA CLÍNICA	Medway	Prontuário:	1111111111
9. TIPO DE ATENDIMENTO	ATROPELAMENTO	DATA PÁTIO / FATO DE AVALIAÇÃO:	01/01/2018
10. NOME DO PACIENTE		DATA VENCIMENTO DE ATENDIMENTO:	01/01/2018
11. NOME DO COLOCANTE		DATA VENCIMENTO DE ATENDIMENTO:	01/01/2018

2500

1.000 ml de cebola frita, com história de queijo da manteiga, 100 g de queijo ralado e estufado com cebola frita, negra frita, negra ingerida, folha de alface, 100 g de queijo ralado e 100 g de cebola frita.

• 64 • 32 1922 27-37

2023 RELEASE UNDER E.O. 14176

1.4.2. COORDENADAS DE BLOCO ESQUERDO (INDICAÇÕES DE REDES AF - FASES).

— 1 —

• 142 • 1982

2000-2001: The first year of the new millennium.

卷之三

• 100 • 200

~~Dr. Juan Pablo Prime  
Oncovisita Traumatologista  
CC481TEOT 155M~~

## ANSWER

SUAPREV PREVIDÊNCIA S/A  
11 DEZ. 2018  
PROTÓCOLO  
S.C. JOÃO PESSOA



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. 11



O P R O C E S S O - VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
REGISTRO DE FATO  
DETALHE  
NOME: VALDIR DE SOUZA LIMA

DATA: 05/06/2012  
ENDEREÇO:

FRAÇÃO: JOSE MANOEL DE LIMA  
ZULMIRA LOPES DE SOUZA

NATURALIDADES:

SANTA RITA-PB

ONDE NASCEU: 20/04/1962

DOC. ORIGEM:

CAS C/ AVERB N. 4275 P. 274 L. PTA 14  
CARTÓRIO SAPIÉ-PB.  
ON 327-640-144-49

Assinatura do Oficial  
LEIA N.º 7.118 DE 10/08/08

REV PREVIDÊNCIA SIN  
11 DEZ. 2018  
PROTÓCOLO  
CLO PESSOA





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. 14

**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA  
IDENTIDADE DE ADVOGADO

NOME  
**FLAVIANA DA SILVA CÂMARA**

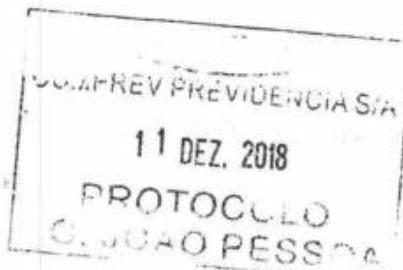
ROMÃ  
CARLOS ALBERTO DA SILVA CÂMARA  
ANA GLÓRIA DA SILVA CÂMARA

RESIDÊNCIA  
JOÃO PESSOA-PB

DATA DE NASCIMENTO  
15/08/1984  
RG  
2671180 - SSP/PB  
Órgão de Emissão e Número

DATA DE NASCIMENTO  
15/08/1984  
CP  
PA  
CEP/ENDR. CN  
046.878.624-69  
01.12/01/2009

SIM *He Ma* 01.12/01/2009  
SÓ DE BAIXO DO PÓDIO  
Assinatura



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Valdir de Souza Bima  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteiro  
Profissão: Desempregado  
Identidade: 750.272 CPF: 327.640.140-49  
Endereço: R. Pastor José Alves de Oliveira, 612, Lamdaú

### OUTORGADO:

Nome: Flavigne da Silva Bárbara  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteira  
Profissão: Advogada  
Identidade: 267.119.0 CPF: 048.079.624-69  
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 Bima

11 DEZ. 2018  
PROTÓCOLO  
SUELIO PESSOA

Local e data

Figueiredo  
Domingos  
Srl. Ilustra

Valdir de Souza Bima

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0446589/18

**Vítima:** VALDIR DE SOUZA LIMA

**CPF:** 327.640.144-49

**CPF de:** Próprio

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

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

**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

### 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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



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. 17

## 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

