



17/09/2019

Número: **0804795-66.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional de Mangabeira**

Última distribuição : **05/06/2019**

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

Assuntos: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JAILSON JOSE DE SOUZA (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
24486179	17/09/2019 11:01	Contestação	Contestação
24486186	17/09/2019 11:01	2641170_CONTESTACAO (2)	Outros Documentos
24486192	17/09/2019 11:01	2641170_PROC ADM	Outros Documentos
24486562	17/09/2019 11:01	PROCURAÇÃO SEGURADORA LIDER 030519	Outros Documentos
24486565	17/09/2019 11:01	CONTRATO SOCIAL CRIACAO DE FILIAL REGISTRADO EMPRESA LIFE	Outros Documentos

EM ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08047956620198152003

SÚMULA 474 STJ: "A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau de invalidez."

LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA, empresa seguradora com sede à **e SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, com sede na cidade do Rio de Janeiro/RJ, à Rua Senador Dantas, nº 74, 5º andar, inscrita no CNPJ sob nº 09.248.608/0001-04, neste ato representado por seus advogados que esta subscrevem nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DO SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JAILSON JOSE DE SOUZA**, em trâmite perante este Douto Juízo, vem, *mui* respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, apresentar

CONTESTAÇÃO

Consoante às razões de fato e de direito que passa a expor:

BREVE SÍNTESE DA DEMANDA

Alega a parte Autora em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico na data de **27/01/2019**, restando permanentemente inválida.

Destaca-se que a parte apenas procedeu com o registro na Delegacia de Polícia na data **21/02/2019**.

Cumpra esclarecer que após a devida análise da documentação apresentada a Seguradora, o médico perito avaliou como incompleta e parcial a lesão acometida pela vítima, o que por certo descaracteriza o pleito de indenização integral por seguro obrigatório DPVAT.



Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

A pretensão esposada na inicial não merece prosperar, visto que sua argumentação afigura-se totalmente contrária à orientação jurisprudencial traçada pelo Superior Tribunal de Justiça, bem como preceitua a legislação vigente sobre o DPVAT. É o que se demonstrará em seguida.

PRELIMINARMENTE

DA TEMPESTIVIDADE

A Ré apresenta a presente contestação em consonância com regra prevista no art. 218, § 4º do CPC/2015¹, prestigiando os princípios da celeridade, economia processual e boa-fé, pugnando desde já pelo recebimento da mesma.

DO DESINTERESSE NA REALIZAÇÃO DA AUDIÊNCIA PRELIMINAR DE CONCILIAÇÃO

Conforme se observa na exordial, a natureza do pedido do Seguro Obrigatório DPVAT, cujo cerne da questão é a suposta invalidez do demandante e o grau da lesão sofrida para fins indenizatórios do referido Seguro.

Assim, **torna-se imprescindível a realização da prova pericial**, pois, a Lei do DPVAT prevê graus diferenciados referentes à extensão das lesões acometidas pelas vítimas, classificando-as em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, em caso de invalidez parcial do beneficiário a indenização será paga de forma proporcional ao grau da debilidade sofrida.

Desse modo, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação, e, visando dirimir as dúvidas existentes sobre a invalidez do autor, requer, se Vossa Excelência assim entender, a antecipação da prova pericial nos termos do art. 381, do CPC/2015².

DA ILEGITIMIDADE DO POLO PASSIVO

Inicialmente, frisamos que a Seguradora Ré, a saber, **LIFE ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME** desligou-se do Convênio DPVAT, respondendo portanto, somente por sinistros que foram devidamente regulados por ela até a data do desligamento, o que não é o caso da presente demanda.

Sendo assim, a Ré é parte ilegítima para compor a presente demanda, uma vez que esta não faz mais parte das Seguradoras conveniadas ao Convênio DPVAT.

Face esta circunstância, não se configura, pois, qualquer relação de direito material entre a parte Autora e a Ré capaz de legitimar interesse jurídico no ajuizamento desta demanda diretamente contra a Contestante, por faltar uma das condições da ação, qual seja, a legitimidade, restando à parte autora carecedora de ação.

¹[1] Art. 218 - Os atos processuais serão realizados nos prazos prescritos em lei. [...] § 4º - Será considerado tempestivo o ato praticado antes do termo inicial do prazo.

²[1] Art. 381. A produção antecipada da prova será admitida nos casos em que: II - a prova a ser produzida seja suscetível de viabilizar a autocomposição ou outro meio adequado de solução de conflito;



Todavia, em atenção ao princípio da celeridade processual, pugna-se pela substituição da demandada, pela Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT, vez que a mesma foi criada com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT.

A Resolução CNSP de n.º 154 determinou a constituição de uma Seguradora especializada para administrar os Consórcios do Seguro DPVAT – anteriormente conhecido como “*Convênio do Seguro Obrigatório DPVAT*”.

Ademais, tem-se que a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT já detém autorização da SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, para operar no que tange ao Seguro Obrigatório DPVAT, conforme Portaria n.º 2797/07.

Assim, requer a substituição do polo passivo para a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT. Caso não seja o entendimento do nobre Magistrado, requer-se a extinção do feito sem resolução do mérito, nos termos do art. 485, VI, do CPC, ante a ilegitimidade passiva demonstrada.

DO MÉRITO

DA AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML QUANTIFICANDO A LESÃO - ÔNUS DA PROVA DO AUTOR

Pode-se observar que a parte autora não apresentou qualquer documento conclusivo no que tange ao direito de receber a íntegra do teto indenizatório no que se refere à invalidez de caráter permanente, vez que não trouxe aos autos laudo do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar da indenização.

Com efeito, a parte Autora deixou de juntar aos autos o Laudo do Instituto Médico Legal, furtando-se de provar o percentual de invalidez e o grau de redução funcional do membro supostamente afetado, em inobservância ao art. 373, I, CPC³.

Logo, tendo a parte autora deixado de comprovar suas alegações, impõe-se a improcedência total dos pedidos Autorais.

Caso este não seja o entendimento deste Douto Juízo, prossegue a Ré em suas argumentações apenas por amor ao debate.

DO PAGAMENTO REALIZADO NA ESFERA ADMINISTRATIVA

É incontroverso na presente demanda que a parte Autora recebeu efetivamente na esfera administrativa o pagamento da indenização oriunda do Seguro Obrigatório DPVAT, referente ao sinistro em tela na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, após a regulação do sinistro.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

³“APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. AUSÊNCIA DE PROVA DA INVALIDEZ PERMANENTE. LAUDO INDIRETO DO IML. INSUFICIÊNCIA. ÔNUS DA PROVA DO AUTOR. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO. MANUTENÇÃO DA SENTENÇA. 1 - O pagamento de indenização com base no seguro obrigatório se restringe às hipóteses de morte da vítima ou de invalidez permanente, ainda que parcial, além da possibilidade de reembolso por despesas médicas que se fizerem necessárias em razão do acidente. 2 - Não se desincumbindo o Autor do ônus de comprovar a invalidez permanente decorrente de acidente automobilístico, conforme exigem os artigos 5º da Lei 6.194/74 e 333, I, do Código de Processo Civil, deve ser julgado improcedente o pleito indenizatório.” (TJ-MG - AC: 10342120045667001 MG, Relator: José Marcos Vieira, Data de Julgamento: 13/03/2014, Câmaras Cíveis / 16ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 24/03/2014)



Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

“(…) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado.”

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

É de sabença que para que fossem afastados os efeitos da quitação, a parte Autora deveria desconstituí-la através da propositura da correspondente ação anulatória, recorrendo os fatos e fundamentos jurídicos para inquinar a quitação outorgada de próprio punho pela parte beneficiária, por suposto vício de consentimento, dolo ou coação, o que de fato não ocorreu, em perfeita consonância com o artigo 849 do Código Civil.

Não obstante, a parte autora não formulou pedido algum de anulação do ato jurídico liberatório, cuja validade é presumida e somente poderia ser desconstituída por sentença.

Ademais, temos que a parte Autora poderia, e quiçá deveria ressaltar no referido recibo sua intenção de quitação somente quanto ao valor efetivamente recebido, o que por certo não ocorreu.

Desta forma, a Ré efetuou o pagamento da importância legalmente estabelecida, no caso em apreço, referente a monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), o qual foi aceito pela beneficiária legal.

Ante o exposto, deve o feito deve ser julgado extinto com resolução de mérito, o que se requer com fundamento nos art. 487, inciso I, do Código de Processo Civil.

DO PAGAMENTO PROPORCIONAL À LESÃO

Conforme ilação dos documentos acostados pelo requerente, o mesmo foi vítima de acidente ocasionado por veículo automotor na data de 27/01/2019. Ademais, houve pagamento administrativo na razão de de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Mister destacar ao ilustre Magistrado a edição da Medida Provisória nº 451/08, atualmente convertida na Lei nº 11.945/2009, em vigência desde 15 de dezembro de 2008, que alterou o texto dos arts. 3º e 5º da Lei nº 6.194/74 em seu art. 31, assim como anexou tabela à aludida Lei, estabelecendo percentuais indenizatórios aos danos corporais, subdividindo-os em totais e parciais⁴.

Por certo, a mencionada Lei 11.945/09 deverá ser aplicada ao caso concreto, em respeito ao princípio *tempus regit actum* (Art. 6º, §1º, LINDB).

Recentemente, a Suprema Corte firmou posicionamento sobre a constitucionalidade da inovação legal trazida originariamente pela MP 451/08, conforme se verifica no julgamento da ADI 4627/DF.

⁴ RECURSO CÍVEL. SEGURO DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. COMPLEMENTAÇÃO DE INDENIZAÇÃO. i) EM CASO DE INVALIDEZ PARCIAL, O PAGAMENTO DO SEGURO DPVAT DEVE, POR IGUAL, OBSERVAR A RESPECTIVA PROPORCIONALIDADE. É VÁLIDA A UTILIZAÇÃO DE TABELA PARA REDUÇÃO PROPORCIONAL DA INDENIZAÇÃO A SER PAGA POR SEGURO DPVAT, EM SITUAÇÕES DE INVALIDEZ PARCIAL, AINDA QUE O ACIDENTE TENHA OCORRIDO ANTES DA LEI N.º 11.945/09. ii) INDENIZAÇÃO INDEVIDA. HIPÓTESE EM QUE A PARTE AUTORA NÃO FAZ JUS À COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO, POIS NÃO HOUVE A DEMONSTRAÇÃO DE QUE A LESÃO SOFRIDA TENHA SIDO DE MAIOR GRAVIDADE DO QUE A INDENIZADA ADMINISTRATIVAMENTE. iii) APLICAÇÃO DA SÚMULA 474 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA. A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez. iv) RECURSO CONHECIDO E PROVIDO. SENTENÇA REFORMADA.



Ademais, a jurisprudência é pacífica quanto à necessidade de quantificação, sendo este o entendimento consagrado através da Súmula 474, do STJ⁵.

Em continuidade, tem-se a aludida Lei prevê graus diferenciados de invalidez permanente, classificando-a em total ou parcial, esta última subdividida em completa e incompleta, o que de certo deverá ser observado por esse Nobre Magistrado.

Dentro desse contexto, a Medida Provisória nº 451/2008 (posteriormente convertida na Lei 11.945/09), complementando a Lei 6.194/74, especificou em termos objetivos o percentual do valor máximo da indenização de acordo com os tipos de invalidez permanente.

Outrossim, conforme antedito, a referida inovação legal, no art. 3º, §1º, II, da Lei 6.194/74, trouxe a figura da invalidez parcial incompleta. Portanto, a fim de dirimir o cerne da questão, qual seja, o percentual indenizável, é imprescindível a realização de prova pericial, ocasião em que se verificará se a lesão suportada pelo autor é parcial incompleta, apontando sua respectiva repercussão geral.

Destarte, para se chegar ao valor indenizável devido, na hipótese de invalidez parcial incompleta, devem ser observadas duas etapas:

Identifica-se o tipo de dano corporal segmentar na Tabela, aplicando-se o respectivo percentual de perda; e

Sobre o valor encontrado, aplica-se os percentuais de acordo com o grau de repercussão: intensa – 75%; média – 50%; leve – 25%; e sequela residual – 10%.

Evidente, pois, inexistir qualquer direito de indenização integral ao Autor, devendo ser respeitada a proporcionalidade do grau de invalidez.

Sendo assim, na hipótese de condenação da seguradora, o valor indenizatório deverá ser apontado após a realização de perícia médica, constatando a extensão da lesão do autor, observando-se o método de cálculo apresentado em seguida abatido o valor pago na seara administrativa na monta de **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

DOS JUROS DE MORA E DA CORREÇÃO MONETÁRIA

Em relação aos juros de mora, o Colendo Superior Tribunal de justiça editou a Súmula nº 426 pacificando a incidência dos juros a partir da citação⁶.

Com relação à correção monetária, é curial que seja analisada questão acerca a forma da Lei 6.899/1981, ou seja, a partir da propositura da ação⁷

Assim sendo, na remota hipótese de condenação, requer que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação, bem como a correção monetária seja computada a partir do ajuizamento da presente ação.

⁵ **Súmula 474 | Superior Tribunal de Justiça** “A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

⁶ “SÚMULA N. 426: Os juros de mora na indenização do seguro DPVAT fluem a partir da citação.”

⁷ **art. 1º . (...)**

§2º Nos demais casos, o cálculo far-se-á a partir do ajuizamento da ação.



DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

Observar-se que o parte autora litiga sob o pálio da Gratuidade de Justiça e, em caso de eventual condenação, os honorários advocatícios deverão ser limitados ao patamar **máximo** de 20% (vinte por cento), nos termos do art. 85, §2º do Código de Processo Civil.

Contudo, a demanda não apresentou nenhum grau de complexidade nem mesmo exigiu um grau de zelo demasiado pelo patrono da parte autora, pelo que se amolda nos termos dos incisos I, II, III e IV do §2º art. 85, do Código de Processo Civil.

Desta feita, na remota hipótese de condenação da Ré, requer que o pagamento dos honorários advocatícios seja arbitrado na monta de 10% (dez por cento), conforme supracitado.

CONCLUSÃO

Considerando a sua criação com a única finalidade de atuar como administradora do Seguro Obrigatório DPVAT, requer a substituição do pólo passivo para que passe constar a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT.

Ante o exposto, ante a ausência de laudo pericial do IML que atenda o disposto no Art. 5º § 5º da Lei 6.194/74, documento imprescindível para que se estabeleça o grau de limitação do membro afetado, a fim de quantificar a indenização, informa que não há interesse na realização da audiência preliminar de conciliação.

Pelo exposto e por tudo mais que dos autos consta, requer a total improcedência dos pedidos da parte autora.

Em caso de eventual condenação, pugna a Ré, **pela aplicação da tabela de quantificação da extensão da invalidez, exposta na lei 11.945/2009, bem como o que preconiza a Sumula 474 do STJ.**

Na remota hipótese de condenação, pugna-se para que os juros moratórios sejam aplicados a partir da citação válida e honorários advocatícios sejam limitados ao percentual máximo de 10% (dez por cento).

Requer, outrossim, a produção de prova documental suplementar e haja vista a necessidade de elucidar aspectos que contribuam com a veracidade dos fatos alegados na exordial requer o depoimento pessoal da vítima para que esclareça:

- Queira a vítima esclarecer a dinâmica do acidente, os veículos envolvidos e suas características, o membro ou segmento do corpo afetado e se houve encaminhamento ao hospital;
- Queira esclarecer se houve requerimento administrativo em razão do sinistro narrado na inicial ou outro sinistro;
- Se a vítima recebeu algum valor referente a este ou outro sinistro.

Requer a produção de prova pericial nos termos do Convênio de Nº015/2014 firmado entre este Egrégio Tribunal e a Seguradora Líder dos Consórcios de Seguro DPVAT. Assim, após a realização da perícia judicial, requer a intimação da Ré para realização do pagamento dos honorários periciais no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais) em até 15 (quinze) dias.

Para fins do exposto no artigo 106, inciso I, do Código de Processo Civil, requer que todas as intimações sejam encaminhadas ao escritório de seus patronos, sito na Rua São José, nº 90, Grupo 810/812, Centro, Rio de



Janeiro-RJ, CEP: 20010-020 e que as publicações sejam realizadas, exclusivamente, em nome do patrono **Dr. SUELIO MOREIRA TORRES** inscrito sob o nº **15477 - OAB/PB**, sob pena de nulidade das mesmas.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 12 de setembro de 2019.

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/09/2019 11:01:39
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091711013979700000023706035>
Número do documento: 19091711013979700000023706035

Num. 24486186 - Pág. 7

QUESITOS DA RÉ

- 1 - Queira o Sr. Perito informar se há nexos de causalidade entre o acidente narrado na petição inicial e a lesão apresentada pelo autor. Caso haja, informar se da referida lesão resultou invalidez permanente ou temporária;
- 2 - Queira o Sr. Perito informar se a invalidez permanente é notória ou de fácil constatação;
- 3 - Queira o Sr. Perito esclarecer quando o vítima teve ciência de sua incapacidade com base nos documentos médicos acostados aos autos;
- 4 - Queira o Sr. Perito informar se a vítima encontra-se em tratamento ou já se esgotaram todas as possibilidades existentes na tentativa de minimizar o dano;
- 5 - Queira o Sr. Perito informar se à época do acidente o membro afetado já contava com alguma sequela oriunda de circunstância anterior;
- 6 - Queira o Sr. Perito informar se a lesão apresenta caráter parcial ou total. Sendo a invalidez parcial incompleta, queira o Ilustre Perito informar o membro afetado e se a redução proporcional da indenização corresponde a 75% (setenta e cinco por cento) para as perdas de repercussão intensa, 50% (cinquenta por cento) para as de média repercussão, 25% (vinte e cinco por cento) para as de leve repercussão, 10% (dez por cento) para as de sequelas residuais, consoante o disposto no Art. 3º, inciso II, da Lei 6.194/74;
- 7 - Queira o Sr. Perito esclarecer todo e qualquer outro elemento necessário ao deslinde da causa.



TABELA DE GRADAÇÃO

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					



SUBSTABELECIMENTO

JOÃO ALVES BARBOSA FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB 4246-A, **JOÃO PAULO RIBEIRO MARTINS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/ RJ sob o nº 144.819; **JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO**, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/ RJ sob o nº 140.522; **FERNANDO DE FREITAS BARBOSA**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/ RJ sob o n.º 152.629 substabelecem, com reserva de iguais, na pessoa do advogado SUELIO MOREIRA TORRES, inscrito na 15477 - OAB/PB, os poderes que lhes foram conferidos por **LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA e SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, nos autos de Ação de Cobrança de Seguro DPVAT, que lhe move **JAILSON JOSE DE SOUZA**, em curso perante a **1ª VARA CÍVEL** da comarca de **JOAO PESSOA**, nos autos do Processo nº 08047956620198152003.

Rio de Janeiro, 12 de setembro de 2019.



JOÃO ALVES BARBOSA FILHO - OAB/PB 4246-A

FERNANDO DE FREITAS BARBOSA - OAB RJ 152.629

JOSELAINE MAURA DE SOUZA FIGUEIREDO- OAB RJ 140.522

JOAO PAULO RIBEIRO MARTINS - OAB RJ 144.819

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190267226

Vítima: JAILSON JOSE DE SOUZA

Data do Acidente: 27/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAILSON JOSE DE SOUZA

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 14178627

Pag. 01949/01950 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190267226

Vítima: JAILSON JOSE DE SOUZA

Data do Acidente: 27/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JAILSON JOSE DE SOUZA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00311/00312 - carta_03 - INVALIDEZ

00070156



Carta nº 14180046





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 Maio de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190267226**

Vítima: JAILSON JOSE DE SOUZA

Data do Acidente: 27/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAILSON JOSE DE SOUZA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

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

Recebedor: JAILSON JOSE DE SOUZA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003487

Conta: 0000043143-4

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2019

Ocorrência nº 062/2019

Aos VINTE E UM dias de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZENOVE, nesta cidade de Gurinhém-PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr. **LEONARDO GONÇALVES MACIEL PINHO**, Delegado de Polícia Civil, comigo, aí, por volta 15h40min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JAILSON JOSE DE SOUZA, Brasileiro, divorciado, pedreiro, nascido no dia 12/05/1975, com 43 anos de idade, portador dos documentos de identificação RG Nº 1830796 SSP-PB e CPF Nº 047.653.567-01, natural de Gurinhém-PB, filho de Jose Antonio de Souza e de Noemia Venancio de Souza, residente na Vila Nova de Gurinhém-PB (próximo a praça). Contato: (83) 98875-9758 .

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 01) Natureza do fato:** Acidente Automobilístico.
02) Data do fato: 27/01/2019;
03) Hora do fato: 16:30 horas;
04) Local do fato: Sítio Umbuca, Mulungu-PB;
05) Noticiado: Prejudicado.

06) Histórico:

Afirma a NOTICIANTE que no dia 27/01/2019, por volta das 16:30 horas, se envolveu em um acidente de moto na zona rural do município de Mulungu-PB; Que vinha conduzindo sua motocicleta: HONDA XRE 300, ANO: 2012, COR: VERMELHA, PLACA: OFB 0506-PB, CHASSI: 9C2ND0910CR016190, RENAVAL: 0047608947-6 EM NOME DE JAILSON JOSE DE SOUZA, quando se assustou com um animal que estava na pista, acionou os freios da motocicleta, porem perdeu o controle da mesma e caiu; Que foi socorrido pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Trauma de João Pessoa; Que no dia seguinte foi transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira (TRAUMINHA); Que passou 11 dias internado e chegou a fazer uma cirurgia na perna direita; Que pretende ajuizar ação para receber o seguro DPVAT.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS

Registrado o BO e entregue uma via a noticiante.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, policial civil que o digitei.

JAILSON JOSE DE SOUZA
NOTICIANTE

Daniel Bezerra do Nascimento
Comissário de Polícia Civil
Mat.: 168.316-1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 04765356701 Nome completo da vítima: Jailson José de Souza
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Jailson José de Souza CPF: 04765356701
Profissão: Recusado Endereço: Rua Profetada XXXIX Número: 5N Complemento: _____
Bairro: Centro Cidade: Gurinhem Estado: PB CEP: 58356-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3487 ☐ CONTA: 43143 ☐ AGÊNCIA: ☐ CONTA: ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 30 (trinta) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder e em aceitar a responsabilidade por eventuais consequências decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não gera a obrigação de concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 ABR 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (ou nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 09/04/19 TESTEMUNHAS
Nome: _____ 1ª Nome: _____
CPF: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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

FPS.001 V001/2018

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: 10/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILSON JOSE DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000043143-4

Nr. da Autenticação 87729ADB9EC785CC



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
 Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
 CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
 INFORME ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

68326700

RECIBO DE PAGAMENTO

MAR/2019

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JAHLSON JOSE DE SOUZA
RUA PROJETADA XXXIX, S/N - CENTRO GURINHÉM PB
58356-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Outros	
162.001.560.0740.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
Y16N119092	24/10/2016	EXT LIGADO	POTENCIAL			
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NUM DE DIAS	PROXIMA LEITURA		
135	136	1	32	11/04/2019		
HIST. CONS./ANOR.	LEIT.	QUALID. ÁGUA-ANEXO 20	PORT. 05/2017	HIS.		
FEV/2019	1	PARAMETROS	EXIG.	ANALIS.	CONFORMES	
JAN/2019	3	TURBIDEZ	10	12	12	
DEZ/2018	2	CLORO	14	31	31	
NOV/2018	6	COL. TERMOT	0	0	0	
OUT/2018	1	COR	10	12	12	
SET/2018	1	COL. TOTAIS	14	14	14	
MEDIA(M)	2	DADOS REFERENTES A: JAN/2019				

DATA DA IMPRESSÃO: 12/03/2019 HORA DA IMPRESSÃO: 11:14:14
 DESCRICAO
 AGUA
 RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
 CONSUMO DE AGUA
 ESGOTO
 1 M3 37,91

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 2,53 DÍG E CONFIN. LEE 12.713-12
VENCIMENTO: 21/03/2019 **Total a Pagar: R\$ 37,91**



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHE COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***

*** WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR ***



Enviado: 21/01/2016 - Referência: jan/2016
 Classificação: COMERCIAL - COMERCIAL MONOPOLIO
 Rotativo: 12-5-252-410 - Número de Acesso: 7526

BYE HINAPAYABA - DISTRIBUTION AND SERVICE
R-230 Km 20 - Lanta Redonda - Jico - Pinar del Rio - C.R. 9077-7000
(505) 333-0000 / (505) 333-1400 - Fax: (505) 333-1400

Nota: Para el Cliente en Servicio al Cliente al 800-44-7000
Cód. para Dito Automático: 0001488000

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

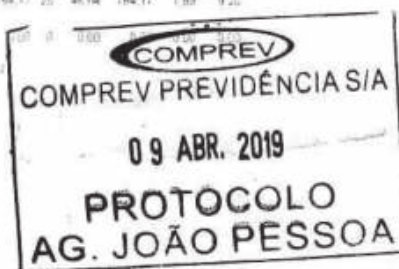
Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jan / 2019	21/01/2019	19/02/2019	010.842.224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Quem reclusa a porta de casa? Adote hábitos conscientes, não deixe a porta da geladeira aberta sem necessidade, lave e passe o chão com frequência e sempre de uma só vez e não se esqueça de manter as portas do banheiro abertas.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
10/12/98	3516	27/01/99	3728	1	222	33
Demonstrativo						
G03 Descrição:	Quilômetro (km) / Valor Percentual / Ano (ano) / Base Calc. (km) / Consumo / Taxa de Imposto / ICMS (R\$) / IPI (R\$)					
DEPT Consumo em km	222 000 0,36120 184 37 184 37 25 46 04 184 37 1 00 0 0 0 0					
(AUMENTOS E SERVIÇOS)						
CREDITO CONTRASERVIÇO PUBLICA	33 58 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0					



CCI: Índice de Classificação do Item	TOTAI	195.22	164.17	44.94	154.17	1.88	4.10
--------------------------------------	-------	--------	--------	-------	--------	------	------

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
101	28/01/2019	R\$ 195,22
	Histórico de Consumo (kWh)	

Histórico de Consumo (kWh)

Jan19	Feb19	Mar19	Apr19	May19	Jun19	Jul19	Aug19	Sep19	Oct19	Nov19	Dec19
48	26	4	160	221	222	187	200	162	224	220	222

85f1 69f1 dd42.d3c2 aaed 644b 9cc1 f932

Indicadores de Qualidade 11/2018 - Margarete

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
D. C. MONTEAL	4,18	0,62	NOMINAL
D. C. TRANSF. AL.	3,72		220
D. C. AL. 250 A	3,72		
D. C. MONTEAL	3,72	0,05	NOMINAL
D. C. TRANSF. AL.	3,72		220
D. C. AL. 250 A	3,72		
D. C. MONTEAL	2,94	0,06	NOMINAL
D. C. TRANSF. AL.	2,94		220
D. C. AL. 250 A	2,94		

[illegible]

ATENÇÃO

* Let's go on to the next slide

Faturas em atraso

PARAISA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
Widero 12-6-2017-450	28/01/2019	R\$ 195,22
Machado 19/03/2018-2045,00		

83690000001-6 95220149000-2 16983582019-5 01300005019-8



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800 300300 / 0800 300301
Demais localidades: 0800 300302 / 0800 300303

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL_ASPX?TIPO=1&CODIGO=139

A Circular SUSEP 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 dados pessoais e 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 COAP.

1 SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E REGULAÇÃO 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 Alexandria Cesar Duarte

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754, 74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jailson José de Souza inscrito (a) no CPF sob o nº 047653754 74

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Hilson José de Souza

inscrito (a) no CPF sob o Nº 047653754/74 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: Rua Agente Fiscal José G. Duarte		Número: 157	Complemento:
Bairro: Mangabeira	Cidade: João Pessoa	Estado: PB	CEP: 58056-384
E-mail:		Tel. (DDD):	

Local e Data: João Pessoa - PB 09/04/19

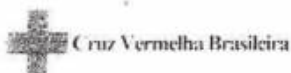
Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/09/2019 11:01:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091711013996200000023706041>
 Número do documento: 19091711013996200000023706041

Num. 24486192 - Pág. 9



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente JAILSON JOSE DE SOUZA	BAE 1138881	Data/Hora Entrada 27/01/2019 20:10:03	Data Baixa
Data de nascimento 12/05/1975	Idade 43a 8m 16d	Sexo Masculino	CNS 702609743419344
Mão NOEMIA VENANCIO DE SOUZA			Telefone de Contato (83) 998955486
Endereço VILA NOVA, SN	Bairro CENTRO	Município GURINHEM	Prontuário
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GERALDO CAMILO NETO	Nº Cons. Regional 8089/PB
Data/Hora Classificação 27/01/2019 20:10:03		Data/Hora Prescrição 27/01/2019 23:06:25	

Anamnese

REAVALIAÇÃO

RETORNA DO CDI, COM QUEIXA DE FORTES DORES EM BRAÇO E PERNA.

RX DE TÓRAX: PULMÕES EXPANDIDOS, SEM DERRAME, VIA AÉREA CENTRADA, SEM SINAIS DE FRATURA.

TC DE ABDOMEN COM CONTRASTE, AINDA SEM LAUDO, SEM SINAIS DE LÍQUIDO LIVRE, LESÕES DE ÓRGÃOS SÓLIDOS OU PNEUMOPERITÔNIO.

CD.

NO MOMENTO SEM CONDUTA PELA CIRURGIA GERAL.

AVAL ORTOPEDIA - LUXAÇÃO DE OMBRO E FRATURA DE TÍBIA/FÍBULA.

À DISPOSIÇÃO PARA REAVALIAÇÃO.

Conduta

Em observação

JAILSON JOSE DE SOUZA

GERALDO CAMILO NETO
(CRM: 8089/PB)

Boletim registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 27/01/2019 20:10:27





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201931866207

Data Nasc: 12/05/1975 - 43 anos

Paciente: JAILSON JOSE DE SOUZA

Data Exame: 27/01/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME TOTAL

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, antes e após a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Fígado de dimensões, contornos, bordas e coeficiente de atenuação normais.
Não há sinais de dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas.
Veias hepáticas e veia porta de calibre e atenuação normais.
Vesícula biliar sem alterações.
Baço de dimensões, contornos, bordas e coeficiente de atenuação normais.
Pâncreas de coeficiente de atenuação normal sem sinais de dilatação do ducto principal.
Adrenais de morfologia e dimensões habituais, sem formações expansivas.
Rins de dimensões, contornos, bordas e coeficiente de atenuação normais, sem sinais de dilatação pielocalicinal, com captação e excreção normal do meio de contraste.
Ureteres sem evidências de dilatação ou imagens litiásicas.
Aorta e veia cava inferior de calibre e atenuação normais.
Bexiga de forma, contornos e capacidade normais, sem evidências de alterações parietais.
Não são observadas linfonodomegalias.
Não há sinais de coleções líquidas ou líquido livre.
Próstata e vesículas seminais de aspecto habitual.
Reto e gordura pré-retal sem alterações.
O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 28/01/2019 15:20.

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB

04/02/2019 16:01





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201931866207

Data Nasc: 12/05/1975 - 43 anos

Paciente: JAILSON JOSE DE SOUZA

Data Exame: 27/01/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME TOTAL

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, antes e após a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Fígado de dimensões, contornos, bordas e coeficiente de atenuação normais.

Não há sinais de dilatação das vias biliares intra ou extra-hepáticas.

Veias hepáticas e veia porta de calibre e atenuação normais.

Vesícula biliar sem alterações.

Baço de dimensões, contornos, bordas e coeficiente de atenuação normais.

Pâncreas de coeficiente de atenuação normal sem sinais de dilatação do ducto principal.

Adrenais de morfologia e dimensões habituais, sem formações expansivas.

Rins de dimensões, contornos, bordas e coeficiente de atenuação normais, sem sinais de dilatação pielocalicinal, com captação e excreção normal do meio de contraste.

Ureteres sem evidências de dilatação ou imagens litiásicas.

Aorta e veia cava inferior de calibre e atenuação normais.

Bexiga de forma, contornos e capacidade normais, sem evidências de alterações parietais.

Não são observadas linfonodomegalias.

Não há sinais de coleções líquidas ou líquido livre.

Próstata e vesículas seminais de aspecto habitual.

Reto e gordura pré-retal sem alterações.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 28/01/2019 15:20.

Dra. Alessandra P. C. Mendes
CRM: 6293 - PB

04/02/2019 16:14





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Sociedade Humanitária Saneira



GOVERNO
DA PARAÍBA

AMARELA

ESTRETES LÍBICA 100V, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Reg. CNES 01.14

INDICAÇÃO	BAE	Data/Hora Entrada	Data Retirada
1430 km 108	1138831	27/01/2019 20:10:03	
	Prof. Masculino	US	Telefone de Contato
		702009743-12344	(83) 99836542
			Profissional
Acid. Queda de 10m	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional	Nº Cons. Regional
		BRUNO DE LUNA ROMA	10075/PB
Data/Hora Prescrição		Data/Hora Prescrição	
27/01/2019 20:10:03		27/01/2019 23:24:28	

MANEIRA DE FORTES DORES EM BRAÇO E PERNA

RADIOLÓGICA: COMPLEXÃO DA ARTICULAÇÃO GLENOUMERAL
RADIOLÓGICA: PERNA DIREITA COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA

CD. RADIOGRAFIA DO OMBRO DIREITO

1. 10075/PB
2. 10075/PB

IMAGEM

Reg. CNES 01.14

PROCEDIMENTO

10075/PB (OBSERVAÇÕES: NO MSD)

10075/PB (OBSERVAÇÕES: NO MID)

Dr. Bruno de Luna Roma
MÉDICO
CRM-PB 10075

BRUNO DE LUNA ROMA

BRUNO DE LUNA ROMA
(CRM: 10075/PB)

Colado registrado por: THATIANE MARQUES VIEIRA BRAGA em 27/01/2019 20:10:27



FAMARELA

M. OBESTES LISBOA S/N, JOAO PESSOA - PB, 58031090

CNS 44-54

Nome	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
JOSE JOSE DE SOUZA	1138681	27/01/2019 20:10:03	
Idade	Sexo	CNPJ	Telefone de Contato
43a 8m 15d	Masculino	762609743419344	(83) 998955486
Endereço			Portuário
JOSE JOSE DE SOUZA			
	Grupo	Município	UF
	CELEVE	BOQUEIRÃO	PE
Profissão			UF Cons. Regional
QUEDA F.C.T. BOM	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	GERALDO CAMILO NETO	8089/PS
Data/Hora Chegada		Data/Hora Prescrição	
27/01/2019 20:10:03		27/01/2019 20:25:05	

EDADE 50 ANOS. USAVA CIGARETE. TRANSPORTADO DE MULLINGU COM QUEIXA DE DOR EM
BRAÇO E PERNA DIREITA, NEGIA PERDA DA CONSCIÊNCIA OU OUTROS SINAIS NEUROLÓGICOS DE
ACIMA QUEIXA TORÁCICA OU ABDOMINAL

- A. VARIANTE DE LESÃO PASSIVA OU ATIVA, RETIRO COLAR.
B. MV - ANO SIMETRICO.
C. ESTÁVEL, SEM SANGRAMENTO EXTERNO, FC 98, PA 130*90
D. PRESS 32M DEFICIT FOCAL, CSW 15.
E. LESÃO ATIVA EM OMBRO DIREITO E PERNA DIREITA, ESCORIAÇÃO EM FLANCO DIREITO, DORSO LIVRE

MEAL COM CONTRASTE - TRAUMA ABDOMINAL FECHADO.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MG/SM)

RE DE IMAGEM

© 1998 by The McGraw-Hill Companies

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO (TRES POSICOES)

7.47 OBRAS DE BRACO DIREITO

4. 03 COTOVELO DIREITO

TESTA DE ANTEBRACO DIREITO

— AFUA DE SACIA

12. <http://www.oxfordjournals.org/>

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

COPIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN C/ CONTRASTE (INDICAÇÕES CLÍNICAS: EXAME DE URGÊNCIA, NÃO EM GUARDA PREPARO NEM EXAMES DE LABORATÓRIO.)

-TC

Código: 3

Discussion

T07 Bolson regularizado por FURB de 06/ARQUES/SE/UE/BRAGA em 27/01/2019 20:10:27



Conduta

em observação

JAILSON JOSE DE SOUZA

GERALDO CAMILO NETO
(CRM: 8069/PB)





Vermelho
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de Nascimento	Idade	Sexo	Nº
JAILSON JOSE DE SOUZA	12/05/1975	43a 8m 15d	MASCULINO	113
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito	Validade		
		27/01/20		
Convênio	Matrícula			
SUS				

Data de entrada	Data da internação
27/01/2019 20:10:03	

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------

1	SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1000	ML		E.V.
2	MORFINA 10MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 1ML)	1,0	ML	Observação: 1 ML PARA 3 ML DE AD E FAZER 3 ML AGORA.	E.V.

Reim

GERALDO CAMILO NETO
CRM: 8095

Dr. Geraldo Camilo Neto
Cirurgião Geral Anestesiologista
Gabinete 402

Ass





CERTIDÃO

Nº. 0651/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial nº201012 e Prontuário nº 2018.06.002853 pertencente a **JAILSON JOSE DE SOUZA** que foi atendido dia 28/01/2019 às 06H03min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em punho direito e perna direita.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tibia direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 07/2/2018 com alta médica dia 08/02/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 19 de abril de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



FEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
38056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 2010
Data: 28/01/20
Hora: 06:03:58
Recepcionista:
Clinica: ORTOP

DADOS DO PACIENTE

Nome: JAILSON JOSE DE SOUZA

Num. de vezes atendido: 3

Num. Prontuario: 2018.06

CNS: 702609743419344 Sexo: M IDENTIDADE: 1830796 Fone: 988759758

Natural: GURINHEM/PB Data Nasc.: 12/05/1975 Id: 43 ano(s)

End.: NAO POSSUI, 0

Bairro: VILA NOVA Cidade: GURINHEM UF: PB

Mae: NOEMIA VENANCIO DE SOUZA

Pai: JOSE ANTONIO DE SOUZA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PEDREIRO (FORA EXCECOES)

Estado Civil:

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: QUEDA DE MOTO AS 16:00 HS EM MUMBUCA

Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSPITAL DE TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem

FC:

TP:

[] Politraumatizado

Peso:

Altura:

[] Hemorragia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia

Circ. Abd:

O2%:

[] Regular

[] Vomito

Observacao

Exa Principal

DE MOTO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescriçao

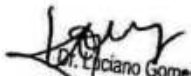
| Horario da medicacao



Paciente c/ fr fechada de gema @
lucoministrado do Hosp. de Trauma.

Cd: . IH
. vpm

ta e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)


Dr. Luciano Gomes de Figueiredo
Ortopedia Traumatologia
CRM-PB 9328

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

ie	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

ACEDIMENTO REALIZADO

TINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



Nome: JAILSON JOSE DE SOUZA			Registro:
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i> EMP:
Data: 07 / 02 / 2018		Cirurgião: <i>Dr. RODRIGO AMA</i>	
1º Assistente: DR. LEONARDO R2		2º Assistente:	
Anestesista:		Instrumentador:	

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO

FRATURA DA TÍBIA DISTAL DIREITA

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO

O mesmo

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)

OSTEOSSINTESA DA TÍBIA DISTAL

Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não
Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não

Desempenho do paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito



Posição e Preparo:

paciente em decúbito dorsal sob anestesia

antisepsia + Antissepsia

posição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

duas incisões em região anterior E DISTAL da perna direita (método de placa em ponte)

Exames:

Visualização de fratura COMINUIDA em TÍBIA DISTAL

Conduta:

Realizado manobra de redução da fratura da tibia

Aposição de placa de tibia distal + parafusos corticais e esponjosos sob controle fluoroscópico

Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

Realizado RX controle

Fechamento:

Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

TALA BOTA

OBS:

Data: 07 / 02 / 2018

Dr. Leonardo Miranda
Médico
CRM-PB 17777

MÉDICO/CRM

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





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Faílson José de Souza</u>	Data da Admissão: _____
Prontuário: _____ Idade: _____	Enfermaria: _____ <input type="checkbox"/>
Nome da Mãe: _____	
Endereço: _____	Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____	Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M <input checked="" type="checkbox"/> Cor: _____	Estado Civil: _____ Re: _____
Escolaridade: _____	Data de Nascimento: _____
QPD: <u>Acidente de trânsito + fratura do tórax</u>	
HDA: <u>Fratura fechada do tórax D após queda de altura</u> <u>Devido à luxação do ombro D sendo Trauma</u>	
Medicações em uso: <u> </u>	
Interrogatório Sintomatológico:	
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____	
Pele: _____	
Cabeça e Pescoço: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia Audição: _____	
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração _____ <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____	
ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hem _____ <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> A _____	
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____	
SME: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-repos _____ <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofi _____	
SN e PSQ: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade _____ <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor _____	

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

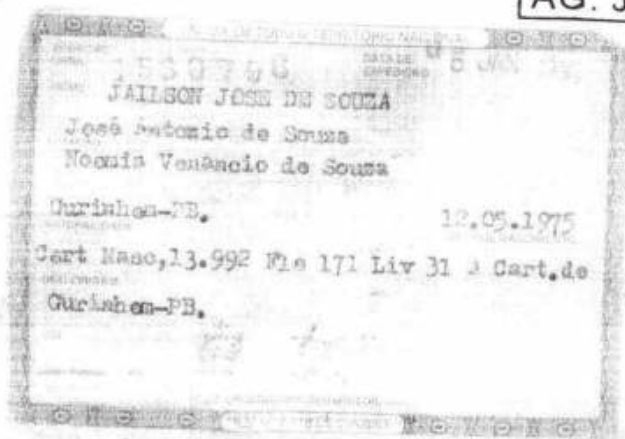
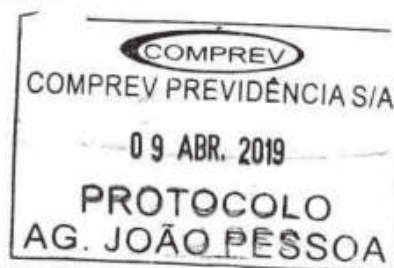
Hipóteses Diagnósticas: *Q Fratura de tíbia Q.*

Conduta: *Inte ação p/ tratamento cirúrgico*

Dr. Francisco Elton
Médico
CRM 58.8403
CNS 203404/19957809

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







REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB N° 9640174927
15508866823

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO
PRT 20120300006582-1

VIA 1 47608947-6 00/060000000

JAILSON JOSE DE SOUZA
RUA PROSTADA SN
CENTRO
58356000 GURINHEM - PB

04765356701 0680506/PB

POLO MOTOR LTDA

PLACA ANTIFURTO NOVO PB 9C2ND0910CR016190

ESP/SE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/XRE 300 ANO FAB 2012 ANO MOD 2012

CAP/ROT/CIL 2 P/291 /CI CATEGORIA PARTIC COR PRIMORDIANTE VERMELHA

OBSERVAÇÕES
A.E. ADM-DE CONC NACION HONDA LTDA
DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA
GUARDE EM LUGAR SEGURO
N.Motor : ND09E1C016190

GURINHEM - PB LOCAL DATA 17/07/2012



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190267226 **Cidade:** Mulungu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON JOSE DE SOUZA **Data do acidente:** 27/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190267226 **Cidade:** Mulungu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILSON JOSE DE SOUZA **Data do acidente:** 27/01/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DISTAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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



PROCURAÇÃO

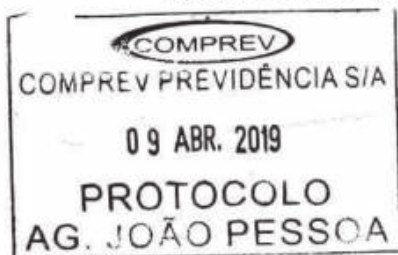
Outorgante: Jailson Jose de Souza, brasileiro(a), estado civil Divorciado, profissão Advogado, residente e domiciliado à Rua Projetada xxix nº 511, bairro Centro, Município de Guarimhem, Estado de(o) PB, Cep: 58356-000, portador(a) do Rg nº 3830796, SSP/PB e CPF nº 047.653.567-01

Outorgado: Alexandra Bessa Duarte, brasileiro(a), estado civil Casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Bessa Duarte nº 157, bairro Monte Carmo, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58056-384, portador(a) do RG nº 2627718, SSP/ PB e CPF nº 046.502.754-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Jailson Jose de Souza, ocorrido em 27.01.19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 05, de abril de 2019.



Jailson Jose de Souza
Outorgante
CPF Nº 047.653.567-01

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121119/19

Vítima: JAILSON JOSE DE SOUZA

CPF: 047.653.567-01

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 27/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAILSON JOSE DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

JAILSON JOSE DE SOUZA : 047.653.567-01

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 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: 09/04/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121119/19

Número do Sinistro: 3190267226

Vítima: JAILSON JOSE DE SOUZA

CPF: 047.653.567-01

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 27/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAILSON JOSE DE SOUZA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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 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: 25/04/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/04/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PROCURAÇÃO

LIFE ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS ME- LTDA, pessoa jurídica de direito privado, com sede Matriz **Barretos SP., Avenida 25, 964 - centro**, inscrita no CNPJ/MF sob nº **23.095.830/0001-45**, Filial **João Pessoa PB, Rua Pedro Alves Sabino, 12 - SL 101**, inscrita no CNPJ/MF sob nº **23.095.830/0002-26**, por seu (s) representante (s) legais **SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA**, Inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas do M.F sob o nº **614.058.096-04**, ao final assinado (s); nomeia e constitui seus procuradores adiante citados, todos advogados, brasileiros e integrantes da **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A**, CNPJ/MF nº **09.248.608/0001-04**, com endereço na Rua da Assembléia, nº 100, 26º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20011-904. São os OUTORGADOS: **HÉLIO BITTON RODRIGUES**, OAB/RJ nº **071.709** e CPF/MF nº **990.536.407-20**; **MARISTELLA DE FARIAS MELO SANTOS**, OAB/RJ nº **135.132** e CPF/MF nº **082.587.197-26** e **PAULO LEITE DE FARIAS FILHO**, OAB/RJ nº **113.674** e CPF/MF nº **029.186.977-70** **MARIANA ROSADO SATHLER**, OAB/RJ nº **113.702** e CPF/MF sob o nº **071.487.547-39**; aos quais, independentemente da ordem de nomeação, confere plenos poderes, incluindo a cláusula *Ad Judicia et Extra*, para atuar no foro em geral, em qualquer Instância, Juízo ou Tribunal nas ações ou recursos competentes, e defender a Outorgante nas ações que lhe são contrárias, usando de todos os recursos legais, podendo firmar compromisso, transigir, desistir, acordar, discordar, assinar termos, nomear prepostos para representar a Outorgante nas ações em que é parte, bem como praticar todos os demais atos necessários e em direito admitidos para o fiel cumprimento do presente mandato, inclusive subestabelecer, no todo ou em parte, **com reservas** de iguais poderes, tudo com o fim específico de promover a defesa dos interesses da Outorgante nas ações que têm por objeto o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT, **autorizados, desde já, a receber, dar quitação e levantar o crédito proveniente de alvarás de pagamento**, devendo todo e qualquer levantamento judicial ou em Instituições Financeiras, ser liberado Mediante Documento de Ordem de Crédito (DOC) ou Transferência Eletrônica Disponível (TED), onde a OUTORGANTE figure, em conjunto ou isoladamente, como beneficiária do crédito, devendo a remessa dos recursos, em qualquer caso, ser feita através de depósito bancário, com identificação do depositante, no Banco do Brasil, Agência 1912-7, Conta nº 644000-2, ou em outra conta que venha a Outorgante indicar por escrito, em nome de **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT S.A**, CNPJ/MF nº **09.248.608/0001-04**.

Rio de Janeiro, 03 de Maio de 2019.

Life Assessoria e Corretora de Seguros Me – Ltda
SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
Representante Legal



RESEARCH

B)- DA CONSOLIDAÇÃO DO CONTRATO SOCIAL

Nesta oportunidade os sócios resolvem **CONSOLIDAR** o contrato social vigente desta sociedade empresária limitada, a qual, por tal razão, passa a vigor exclusivamente mediante as cláusulas e condições seguintes, que obrigam os sócios a bem observar e cumpri-las por si e por seus herdeiros ou sucessores a qualquer título.

Cláusula Primeira – A Sociedade girará sob o nome empresarial de **LIFE ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA ME** (Circular SUSEP nº 127/2000), com sede, à Avenida 25 nº 964 Sala nº 3, Centro, CEP 14.780-330 Barretos SP. e FILIAL em JOÃO PESSOA PB., à Rua Pedro Alves Sabino nº 12, Sala 101 Bairro Mangabeira, CEP 58.059-126, com a mesma atividade da matriz (art. 997, II, CC/2002)

Cláusula Segunda – O Capital Social será de R\$20.000,00 (vinte mil reais) dividido em 20.000. (Vinte mil) quotas, de valor nominal de R\$1,00 (Hum real), integralizadas, neste ato em moeda corrente do País, pelos sócios:

Sidnei Antunes de Oliveira	1.600 quotas	R\$ 1.600,00
Vilma Oliveira Nunes Silva	18.400 quotas	R\$18.400,00
Total	20.000 quotas	R\$20.000,00

(art. 997, III, CC/2002) (art. 1.055, CC/2002)

Cláusula Terceira – O objeto será a administração (orientação ao segurado indicando e expondo as melhores vantagens e inconvenientes dos diversos contratos de seguros oferecidos por varias seguradoras, orientando quanto as mais adequadas aos seus interesses) e corretagem de: seguros dos ramos de Danos, Pessoas, Capitalização e de Previdência Complementar Abertas (Circular SUSEP nº 127/2000) ; Corretagem de títulos de capitalização; Prestação de serviços de informação das situações de documentos pessoais, laudos médicos e boletim de ocorrência policiais de vítimas beneficiadas do seguro DPVAT; Serviços combinados de escritório e apoio administrativo e Atendimento e preparação de documentos a vítimas beneficiadas do seguro DPVAT, para solicitar suas indenizações por acidente de transito.

Cláusula Quarta – A Sociedade iniciou suas atividades em 15 de julho de 2015 e seu prazo de duração é indeterminado. (art. 997, II, CC/2002)

Cláusula Quinta – As quotas são indivisíveis e não poderão ser cedidas ou transferidas a terceiros sem o consentimento do(s) outro(s) sócio(s), a quem fica assegurado, em igualdade de condições e preço, direito de preferência para a sua aquisição se postas à venda, formalizando, se realizada a cessão delas, a alteração contratual pertinente. (art. 1.056, art. 1.057, CC/2002)

Cláusula Sexta – A responsabilidade de cada sócio é restrita ao valor de suas quotas, mas todos respondem, solidariamente, pela integralização do Capital Social. (art. 1.052, CC/2002)



validade deste documento, se impresso, fica sujeito à comprovação de sua autenticidade nos respectivos portais. Informando seus respectivos códigos de verificação



Cláusula Sétima - A administração técnica da Sociedade caberá ao sócio-administrador, **Corretor de Seguros de Danos, Pessoas, Capitalização e de Previdência Complementar Abertas**, **SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA**, habilitado e registrado na Superintendência de Seguros Privados - SUSEP sob o nº102025564.0 cabendo-lhe, também, o uso do nome empresarial.

Parágrafo Primeiro - Excetuando-se os atos técnicos-administrativos, relativos à corretagem de seguros, que na forma da legislação vigente cabem somente ao sócio-administrador, **Corretor de Seguros de Danos, Pessoas, Capitalização e de Previdência Complementar Abertas**, habilitado e registrado na SUSEP. O sócio **SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA**, caberá o uso do nome empresarial, que recebem poderes e atribuições de representar a empresa ativa, passiva, judicial e extrajudicialmente, cabendo-lhes o uso do nome empresarial, podendo assinar pela mesma **ISOLADAMENTE** ficando vedado, no entanto, em atividades estranhas ao interesse social, ou assumir obrigações seja a favor de qualquer dos quotistas ou de terceiros, bem como onerar ou alienar bens imóveis da sociedade, sem autorização do outro sócio.

Parágrafo Segundo - É vedado o uso do nome empresarial, pelo Administrador, em atividades estranhas ao interesse social, ou assumir obrigações seja em favor de qualquer dos quotistas ou de terceiros, bem como onerar ou alienar bens imóveis da Sociedade, sem autorização do(s) outro(s) sócio(s). (artigos 997, VI; 1.013. 1.015, 1.064, CC/2002)

Parágrafo Terceiro - Responderá por perdas e danos perante a Sociedade, o Administrador que realizar operações, sabendo ou devendo saber que estava agindo em desacordo com a maioria, ou que usou de seu poder para realizar. (art. 1.013, parágrafo 2º CC/2002).

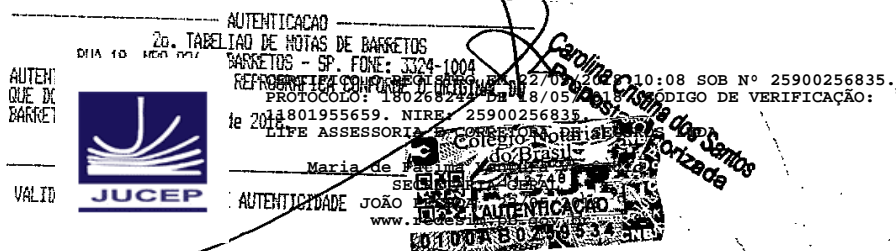
Parágrafo Quarto - O Administrador será obrigado a prestar aos sócios contas justificadas de sua administração, apresentando-lhes o inventário, anualmente, bem como o balanço patrimonial e o de resultado econômico. (art. 1.020 CC/2002).

Parágrafo Quinto - A Sociedade se obriga a manter, durante toda a sua vigência, na administração, direção ou gerência técnica, somente sócios-administradores **Corretores de Seguros de Danos, Pessoas, Capitalização e de Previdência Complementar Abertas** habilitados e registrados na SUSEP.

Parágrafo Sexto - Os procuradores para tratar de assuntos relativos à corretagem de seguros, deverão ser, obrigatoriamente, **Corretores de Seguros de Danos, Pessoas, Capitalização e de Previdência Complementar Abertas**, habilitados e registrados na SUSEP.

Cláusula Oitava - Ao término da cada exercício social, em 31 de dezembro, o(s) Administrador(es) prestará(ão) contas justificadas de sua administração, procedendo à elaboração do inventário, do balanço patrimonial e do balanço de resultado econômico, cabendo aos sócios, na proporção de suas quotas, os lucros ou perdas apurados. (art. 1.065, CC/2002).

3



validade deste documento, se impresso, fica sujeito à comprovação de sua autenticidade nos respectivos portais. Informando seus respectivos códigos de verificação



JUCESP

através de decisão judicial, devendo seu patrimônio ser dividido entre os sócios na proporção de suas quotas sociais. (art. 1.033 CC/2002).

Cláusula Décima Sexta – Em caso de liquidação da Sociedade, o liquidante será indicado, na época, pelo(s) sócio(s) remanescente(s) e, não havendo consenso, será designado judicialmente.

Cláusula Décima Oitava – Os casos omissos ao presente Instrumento, serão resolvidos pelas leis em vigor.

Cláusula Décima Nona – Fica eleito o foro da Comarca de Barretos para o exercício e o cumprimento dos direitos e obrigações resultantes deste contrato.

E, por estarem assim justas e contratadas, assinam o presente instrumento em 03 (treis) vias, de igual forma e teor, que é assinado pelas partes, e por 02 (duas) testemunhas, para os devidos efeitos.

Barretos, 04 de Abril de 2018

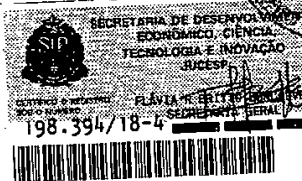
SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

VILMA OLIVEIRA NUNES SILVA

Testemunhas:

Wilson Francisco Santos
RG 6062900-9 SSP/SP

Ivan Luzia Ferreira Santos
RG 18486655 SSP/SP



5

AUTENTICACAO

20. TABELAO DE NOTAS DE BARRETOS

20. TABELAO DE NOTAS DE BARRETOS - SP. FONE: 3324-1004

EPROGRAFICA CONFORME O ORIGINAL DO

CERTIFICO O REGISTRO EM 22/05/2018

PROCOLO: 280268244 DE 18/05/2018. COM VERIFICACAO:

11801955659. NIRE: 25900256835.

LIFE ASSESSORIA E CORRETORA DE BRASIA

de Fátima, 2018

SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO, CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO

JOÃO PESSOA

www.redebrasil.org.br

Carolina Cristina dos Santos

Proposta Autorizada

25900256835.

VERIFICACAO:

2748

20180502

JUCESP

validade deste documento, se impresso, fica sujeito à comprovação de sua autenticidade nos respectivos portais. Informando seus respectivos códigos de verificação

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/09/2019 11:01:40

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19091711014059400000023706064>

Número do documento: 19091711014059400000023706064

Num. 24486565 - Pág. 5