



Número: **0852128-20.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE CELIO DE OLIVEIRA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39089813	04/02/2021 11:57	<a href="#">Petição</a>	Petição
39089817	04/02/2021 11:57	<a href="#">2652742_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
39089821	04/02/2021 11:57	<a href="#">2652742_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 20 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190143689

Vítima: JOSE CELIO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 18/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE CELIO DE OLIVEIRA

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,

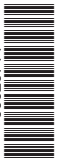
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 13970177

Pag. 01421/01422 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020711





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, 12 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190143689**

**Vítima: JOSE CELIO DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 18/08/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE CELIO DE OLIVEIRA**

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOSE CELIO DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000001914**

Conta: **00000104935-0**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## 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: 030 255 674 57 Nome completo da vítima: José Celio de Oliveira

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

Nome completo: José Celio de Oliveira CPF: 030 255 674 57

Profissão: Agricultor Endereço: Rua Nascimento Silva Número: 30 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Belaçândia Cidade: Santa Rita Estado: PB CEP: 58300-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDD): \_\_\_\_\_

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

### REDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0914 CONTA: 001 04935 0

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 18/02/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

(\*) 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





SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral de Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01531.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01531.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:46 horas do dia 07 de fevereiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Inácio da Silva Neto, Agente de Investigação, matrícula 1273345, ao final assinado, compareceu **José Celio de Oliveira**, CPF nº 030.255.674-57, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Luzia Raimunda de Oliveira e Pai Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 05/04/1973 (45 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nascimento Silva, Nº 30, bairro Lerolândia, tendo como ponto de referência Próximo a Japungu, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 99158-5447.

#### **Dados do(s) Fatos:**

Local: Próximo a Destilaria Japungu, Santa Rita/PB, bairro Lerolândia; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 18/08/18 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

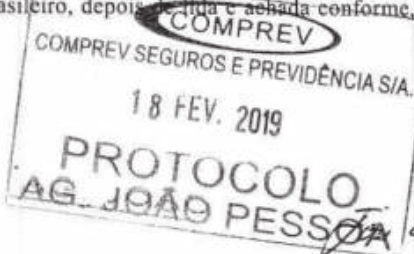
#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que foi vítima de acidente automobilístico no dia 18/08/2018, às 06h30min quando estava indo para trabalhar na agricultura, dirigindo a moto HONDA/CG125 FAN ES, ANO/MOD 2014, COM PLACA QFB3265/PB, CHASSI. 9C2JC4120ER033286, a corrente da citada moto quebrou, e caiu ao solo, foi socorrido por uma pessoa que faz alternativo para o hospital de trauma Tarcisio Burity, lá chegando por volta das 08h45min, foi submetido a exame de imagem, que evidenciou fratura de ossos da perna direita, CID - S82.0 e foi feita cirurgia no dia 30/08/2018, com alta médica no dia 01/09/2019.

#### **ADENDO(S):**

Que na data 07/02/2019, às 13:20 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE O PROPRIETÁRIO DA MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN ES, ANO/MOD 2014, DE PLACA QFB3265/PB, DE CHASSI 9C2JC4120ER033286 É GILVANILSON INACIO DA SILVA.. Adendo registrado por: Rochelle Bezerra Rocha, Agente de Investigação, matrícula: 1820354.

Sendo o que havia a constar, ~~certificado(a)~~ o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.



Procedimento Policial: 01531.01.2019.1.00.401



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social



João Pessoa/PB, 07 de fevereiro de 2019.

*For Celio de Oliveira*  
JOSÉ CELIO DE OLIVEIRA  
Noticiante



Procedimento Policial: 01531.01.2019.1.00.401

2/2





## 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: 030 255 674 57 Nome completo da vítima: José Celio de Oliveira

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

Nome completo: José Celio de Oliveira CPF: 030 255 674 57

Profissão: Agricultor Endereço: Rua Nascimento Silva Número: 30 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Belaçândia Cidade: Santa Rita Estado: PB CEP: 58 300 - 000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDD): \_\_\_\_\_

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

**REDA MENSAL:**

☒ RECLUSO 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) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0914 CONTA: 001 04935 0 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 os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão: \_\_\_\_\_ Local e Data: João Pessoa - PB 18/02/19

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

#### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

18 de fevereiro de 2019

PROTOCOLADO

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

(\*) 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





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 155102 Atd: Nao Regul  
Data: 18/08/2018  
Hora: 08:54:21  
Recepcionista: CLEBIA FERREIRA RODR  
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOSE CELIO DE OLIVEIRA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.08.002722

CNS: 898002754900537 Sexo: M OUTROS: 702366 RESERVISTA Fone: 988064909

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 05/04/1973 Id: 45 ano(s)

End.: RUA NASCIMENTO SILVA, 30

Bairro: CENTRO Cidade: SANTA RITA UF: PB

Mae: LUZIA RAIMUNDA DE OLIVEIRA

Pai: NAO DECLARADO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: OPERADOR DE MAQUINA NAO ESPECIFICADA

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FILHO- JARDELSON

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vítima de acidente por: CAIU DA MOTO SOZINHO

Vítima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Queixa Principal

QUEIXA DE MOTO APRESENTA TRAUMA EM MID E MSE

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Prescrição

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
18 fev. 2019

Condução

PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

Horario da medicacao

Dr Pedro Thiago  
CRM 23.122



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

A. ARDELSON FELIX DE OLIVEIRA

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



# 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:	01/03/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE CELIO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000104935-0

---

---

Nr. da Autenticação 0FA2D4DE88DC266F



JOSE CELIO DE OLIVEIRA  
RUA NASCIMENTO SILVA, 20, LEROLANDIA  
SANTA RITA / PB CEP: 58300-000 (40° 11')

Entrada: 16/01/2019 Referência: Jan/2019  
Cidade: Santa Rita / PB CEP: 58300-000  
Roteiro: 5/8-24C-1123

ENERGISA PARANÁ DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
RUA DAS FLORES, 100, JARDIM REFORMADO, JOÃO PESSOA / PB CEP: 58070-600  
CNPJ: 06.910.000-00 Insc. Est. 19.315.024

Nota Fiscal (Conta de Energia Elétrica) F001041389  
Cód. para Dis. Automática: 0000170466

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF/ CNPJ/ RANI  
Jan / 2019 16/01/2019 14/02/2019 030.255.874-67  
Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/817046-6

Canal de contato

Exibir a conta de luz? Há dois tipos de contas: a de consumo e a de tarifa. A de consumo é a que você paga pelo uso da energia elétrica e a de tarifa é a que você paga pela manutenção da rede elétrica.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 14/12/18	Letura 12994	Data 16/01/19	Letura 12994	
Demonstrativo				
Quantidade Tarifada kWh Escala de Tarifação kWh Escala de Tarifação kWh Escala de Tarifação kWh Escala de Tarifação kWh Escala de Tarifação				
Lançamentos e Serviços				
Cód. Descrição Valor				
0101	CONTROLE SERV. LUM. PÚBLICA	1,00	0,00	0,00
0102	JUROS DE MOROSIDADE 12/2018	0,04	0,00	0,00
0103	ANU. 12/2018	1,12	0,00	0,00

Cód. Descrição Valor TOTAL 75,17 65,90 10,27 65,90 0,74 3,43

Média últimos meses (kWh)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

23/01/2019

R\$ 78,17

Histórico de Consumo (kWh)

Jan/18 Feb/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18

980c.4268.4365.0a37.5cde.84ff.6c04.1be6

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
CV 110V-240V	1,29	NOMINAL
CV 110V-240V	2,00	CONTRATADA
CV 110V-240V	1,01	LIMITE SUPERIOR

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	15,00	19,19
Serviço de Transmissão	1,00	1,28
Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	1,00	1,28
Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	1,00	1,28
Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	1,00	1,28
Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	1,00	1,28
Total	75,17	100,00

ATENÇÃO

Faturas em atraso

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





JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA QUARTE, 157 - SALA 08 - MANGABEIRA  
JOÃO PESSOA/PB CEP: 58056394 (AG: 1)

Emprego: 21/01/2019 Referência: Jan/2019  
Classificação: COMERCIAL/COMERCIAL MONOFÁSICO  
Roteiro: 12 - 5 - 292 - 450 IP mediador: 00006967525

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
R. 200, Km 25 - Canto Redondo - João Pessoa/PB - CEP: 58071-480  
CNPJ: 09.096.183/0001-40 - Ins. Est. 15.015.325-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 018.924.751  
Cód. para Dts. Automático: 0001893087

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	010.942.224-45
			Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Quer reduzir a conta de luz? Adote hábitos conscientes: não deixe a porta da geladeira aberta sem necessidade, lave e passe o máximo de roupas possível de uma só vez e não se esqueça de apagar as luzes ao sair dos ambientes.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 16/12/18	Leitura 3616	Data 21/01/19	Leitura 3738	
Demonstrativo				
CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc. Adq. (unidade)
		Tributos Taxa(R\$) ICMS(R\$) ICMS		
		PreCoef(R\$) (1,0046%) (4,0058%)		
0801	Consumo em kWh	272,000	0,828810	194,17
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0807	CONTRIB SERV. LUM. PÚBLICA	11,05	0,00	0,00

CCI Código de Classificação do Item TOTAL 195,22 194,17 46,04 194,17 1,99 9,20

Média últimos meses (kWh): VENCIMENTO TOTAL A PAGAR  
181 28/01/2019 R\$ 195,22

Histórico de Consumo (kWh)

44	20	4	100	221	223	167	200	192	224	220	222
Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Maio/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18	Nov/18	Dez/18

RESERVADO AO FISCAL

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

Indicadores de Qualidade 11/2018 - Mangabeira

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	5,18	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	10,36		
DIC ANUAL	20,72		
DIC MENSAL	8,21	0,00	CONTRATADA LIMITE INFERIOR 202 LIMITE SUPERIOR 231
DIC TRIMESTRAL	16,42		
DIC ANUAL	32,84		
DMC	2,94	0,00	
DICI	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviço de Ctd. da Energia PB	15,04	23,08
Consumo de Energia	64,24	32,91
Serviço de Transmissão	7,01	3,58
Encargos Setoriais	10,85	5,48
Impostos, Dividendos e Encargos	88,20	34,95
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	195,22	100,00

Valor de EUSD (Ref 11/2018) R\$ 66,51

ATENÇÃO

Faturas em atraso

\* Leitura confirmada

PARABÁ  
Roteiro: 12 - 5 - 292 - 450  
Matrícula: 1698358-2019-01-3

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR  
28/01/2019 R\$ 195,22

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

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



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Gusar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046502754/74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Celso de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 030255674/57 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadeza da Vítima João Celso de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 030255674/57, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>		Número <u>157</u>	Complemento
Bairro <u>Marangabeira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58056-384</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

João Pessoa 18 de fevereiro de 2019  
Local e Data

Alexandra Gusar Duarte  
Assinatura do Declarante



DLDR1.001 V001/2017



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, GILVANILSON INACIO DA SILVA,  
RG nº 3328460, data de expedição 30/05/2005  
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 08552794438 com  
domicílio na cidade de LUCENA, no Estado de  
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
JULIO DE CAVALHARO - FAGUNDES, nº 493,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Jon Eli de Lima, cujo o condutor era  
Jon Eli de Lima.

Veículo: moto  
Modelo: HONDA/CG 125 FAN  
Ano: 2014  
Placa: AFB3265/PB  
Chassi: 9C27C4120ER033286  
Data do Acidente: 18-08-18  
Local e Data: João Pessoa, 07-02-19

GILVANILSON INACIO DA SILVA  
Assinatura do Declarante

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



### CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL  
COMARCA DA CAPITAL

RUA JACARANDÁ MONTESCK, S/Nº - ERNESTO DEISEL - CEP 54075-400 - JOÃO PESSOA - PARRAIBA - TELEFAX: (31) 3351-4579

Reconheço Por Autenticidade a firma de GILVANILSON

INACIO DA SILVA, [119011], J. Pessoa-PB, 07/02/2019

13:14:55 Emol R\$9,91 Farpens R\$0,29 Fepj: R\$1,98,

ISS: R\$0,50. Em test da verdade. Tabela CELEIDA COSMO

FELICIA SILVA, Selo Digital AID64209-KOKO Consulte em

<http://cartorioceleida.com.br>







## CERTIDÃO

Nº. 0072/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 155102 e Prontuário nº 2018.08.002722 pertencentes a **JOSE CELIO DE OLIVEIRA** que foi atendido dia 18/08/2018 às 08H54min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior direito e superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 30/08/2018 com alta médica dia 01/09/2019.

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

João Pessoa, 29 de janeiro de 2019

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

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883







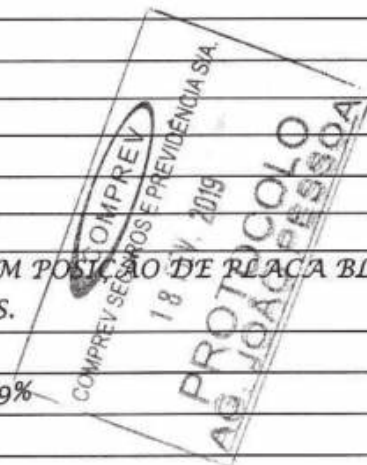
Nome: JOSE CELIO DE OLIVEIRA			Registro:		
Idade: 45 A	Sexo: MASC	Cor:	Clínica: Ortopedia	EMP:	LR:
Data: 30 / 08 / 2018			Cirurgião: DR. RODRIGO AMARAL		
1º Assistente: VALDEBAN RI			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIR					S82.3
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
O mesmo					
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>					<b>CÓDIGO</b>
Osteossíntese de Tíbia					
<div>Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não Descreva:</div> <div>Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico</div>					



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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
<b>Posição e Preparo:</b>
<i>Paciente em decúbito dorsal sob anestesia</i>
<i>Assepsia + Antissepsia</i>
<i>Aposição de campos cirúrgicos estéreis</i>
<b>Incisão:</b>
<i>INCISAO LONGITUDINAL FACE ANTEROLATERAL DA PERNA DIREITA</i>
<b>Achados:</b>
<i>FRATURA TIBIA DIREITA</i>
<b>Conduta:</b>
<i>REALIZADO REDUÇÃO CRUENTA DA TIBIA COM POSIÇÃO DE PLACA BLOQUEAD. PARA TIBIA COM II FAPRAFUSOS BLOQUEADOS.</i>
<i>Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%</i>
<i>Realizado RX controle</i>
<b>Fechamento:</b>
<i>Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele</i>
<i>Curativo</i>
<i>TALA CRURO PODALICA</i>
<b>OBS:</b>



*[Assinatura]*  
 Dr. Valdean Cavallini  
 M.R. em Ortopedi.  
 CRM/PA 7032

30 AGO. 2018

MÉDICO/CRM

Data: 30 / 08 / 2018

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







## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Jose Carlos de Oliveira Data da Admissão: 18.02.18  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1  
Escolaridade: \_\_\_\_\_  
QPD: Exame em MSD e MSE  
HDA: pt com queixa de dores em  
MSD. com queixa de hipertensão  
medicamentos em uso:  
  
Interrogatório Sintomatológico:  
Geral: [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ] Prurido [ ] Sudorese  
[ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: \_\_\_\_\_  
Pele: \_\_\_\_\_  
Cabeça e Pescoço: [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe  
[ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_  
AR e ACV: [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise  
[ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_  
ABD: [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas  
[ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume  
AGU: [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematuria  
[ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: \_\_\_\_\_  
SME: [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Rigidez pós-reponso [ ] Deformidades  
[ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos  
SN e PSO: [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade  
[ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor

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



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

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

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

[ ] HTF

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

[ ] 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: \_\_\_\_\_

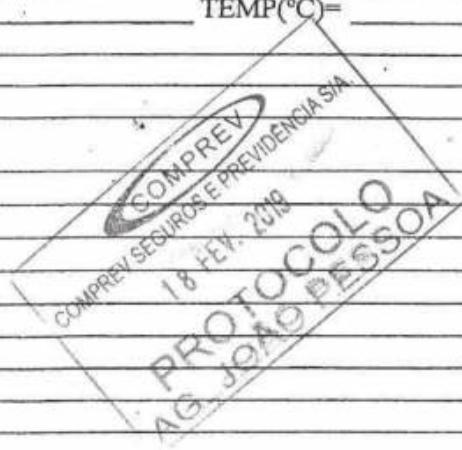
SME: \_\_\_\_\_

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

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

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_

Dr. Valdeir Carvalho Jr.  
M. R. em Diagnóstico  
Clínico - 2013

18 AGO 2018

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 55055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.







## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: SUELIO DE OLIVEIRA				PRONTUÁRIO Nº	
ID: 45 A	SEXO: MASC	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF.:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 18/08/2018		DATA DE ALTA: 01/09/2018		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL Fratura dos Ossos da Perna Direita					CID S82.0
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO O mesmo					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
S Rx demonstrando solução de continuidade óssea em perna					
TENDÊNCIA: CRONICAMENTOSA					
AFETIVIDADE: LÓGICA					
EXATIDÃO: ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO		
RESULTADO DE MICROBIOLOGIA					
C DO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )					

RELATÓRIO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)  
Paciente(a) de fratura dos ossos da perna direita, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico de redução cruenta + fixação interna com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao posto de saúde para continuidade de tratamento e orientações.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIAGNÓSTICO: ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

1. A FERIDA OPERATÓRIA:

Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se houver "milhidão" ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

2. PARA CASA: ATB + aine + analgésico

3. Ao posto de saúde em 21 dias.

4. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. (DR. RODRIGO AMARAL)

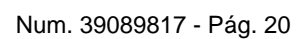
01/09/2018



Eduardo Azilys  
Médico  
CRM 11687



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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190143689 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE CELIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 18/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 26/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190143689 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE CELIO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 18/08/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 22/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

Jose Celio de Oliveira,  
brasileiro(a), estado civil Casado, profissão  
agricultor, CI RG nº 1-831.270,  
CPF/MF nº 030.255.674-97 residente e domiciliado(a) à Rua  
Nascimento Silva, 30,  
Cidade de Santa Rita, Estado  
Paraíba, CEP: 58000-000, telefone  
98663-4900, 99105-5363.

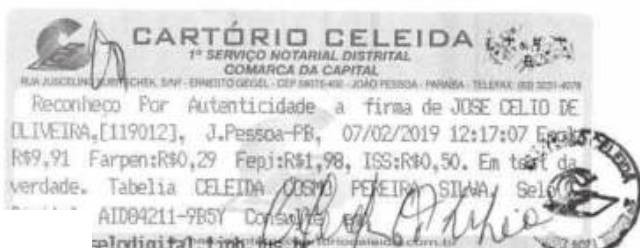
OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa, 07 de fevereiro de 2019.

Jose Celio de Oliveira

OUTORGANTE



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0059492/19

**Vítima:** JOSE CELIO DE OLIVEIRA

**CPF:** 030.255.674-57

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 18/08/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOSE CELIO DE OLIVEIRA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

#### JOSE CELIO DE OLIVEIRA : 030.255.674-57

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: 18/02/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2019  
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA  
CPF: 109.758.064-40

ALEXANDRA CESAR DUARTE

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA





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

Processo: 08521282020198152001

**BRADESCO SEGUROS 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 **JOSE CELIO DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

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

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 2 de fevereiro 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)



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 - 04/02/2021 11:57:00  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020411570066300000037262916>  
Número do documento: 21020411570066300000037262916