



02/12/2020

Número: **0800342-08.2019.8.15.0781**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **18/10/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE MANOEL DA SILVA (AUTOR)		JOAO BARBOZA MEIRA JUNIOR (ADVOGADO) BARBARA NAYNNAR SOUSA LINS (ADVOGADO) LUCELIA DIAS MEDEIROS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37379 838	02/12/2020 15:23	Petição	Petição
37379 840	02/12/2020 15:23	2663705_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
37379 842	02/12/2020 15:23	2663705_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 08 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190238597

Vítima: JOSE MANOEL DA SILVA

Data do Acidente: 25/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BARBARA NAYNNAR SOUSA LINS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE MANOEL DA SILVA

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,

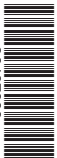
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14158680

Pag. 01411/01412 - carta_01 - INVALIDEZ

00020706





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, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190238597

Vítima: JOSE MANOEL DA SILVA

Data do Acidente: 25/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: BARBARA NAYNNAR SOUSA LINS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE MANOEL DA SILVA

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\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JOSE MANOEL DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 004

Agência: 000000009

Conta: 0000091913-9

Tipo: CONTA CORRENTE

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.

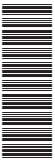
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01691/01692 - carta_15R - INVALIDEZ

00020846





Autorização de pagamento



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTENº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
027.169.574-95 JOSE MANOEL DA SILVA

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

Nome completo: JOSE MANOEL DA SILVA
Profissão: AUTÔNOMO Endereço: RUA JOSE RIBEIRO DINIZ
Bairro: CENTRO Cidade: BARRA DE SANTA ROSA Estado: 38 CEP: 58170-000
E-mail: BNS1-BARBARA@HOTMAIL.COM Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:
☒ RECURSO 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)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO NORDESTE
AGÊNCIA: 00009 CONTA: 91913 9
(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) ☐ 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: Falecidos: Vítima deixou nascituro (val 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 digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Barra de Santa Rosa, 01.03.19
Nome: JOSE MANOEL DA SILVA
CPF: 027.169.574-95

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Assinatura do Representante Legal (se houver)
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2º Nome: _____
CPF: _____
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-fé da 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 DEFESA SOCIAL
7ª DELEGACIA REGIONAL DE POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE BARRA DE SANTA ROSA - PB
Rua 08 de maio, 5/N, centro, Fone 3376-1257 - CEP 58170-000



BOLETIM DE OCORRÊNCIA VERSANDO SOBRE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
Nº 01/2019

DATA, HORA E LOCAL DA OCORRÊNCIA: 25/10/2018, ÀS 09H:00MIN, NA BR-104, NAS PROXIMIDADES DA CIDADE DE BARRA DE SANTA ROSA-PB.

DATA E HORA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO: 19/02/2019, ÀS 16H:30MIN.

COMUNICANTE/VÍTIMA: JOSÉ MANOEL DA SILVA, brasileira, União Estável, nascido em 25/06/1973, filho de MANOEL DA SILVA CASADO NETO e de ELVIRA GUEDES CASADO, residente Na Rua José Ribeiro Diniz, nº 31, Centro, Barra de Santa Rosa-PB, RG N° 2267470 e CPF N° 027.169.574-95. Fone: (83) 99978-8878.

TESTEMUNHA (S):

1º - JOSÉ ZITO DOS SANTOS, residente Na Rua Adelson Guedes de Almeida, s/nº, Centro, Barra de Santa Rosa -PB, RG N° 27.834.959-6.

2º - IVONALDO GLEBE CRUZ PASCOAL, residente Na Rua Francisco Galdino dos Santos, s/nº, Centro, Barra de Santa Rosa -PB, RG N° 2390052 e CPF N° 028.616.284-99.

NARRATIVA: QUE no dia 25 (vinte e cinco) de Outubro do ano de 2018, por volta das 09:00min, encontrava-se, pilotando uma motocicleta HONDA CG 150 FAN ESI, PLACA NQB-1852-PB, ANO E MODELO 2013, de propriedade de JOSÉ MANOEL DA SILVA, na BR-104, nas proximidades da cidade de Barra de Santa Rosa-PB, quando um outro veículo colidiu na traseira de sua motocicleta, motivo pelo qual caiu ao solo e sofreu uma lesão no joelho direito; QUE foi socorrido por uma ambulância da cidade de Barra de Santa Rosa, inicialmente para o Hospital regional da cidade de Picuí e posteriormente para o Hospital João XXIII na cidade de Campina Grande, tendo sido submetido a cirurgia neste último hospital e ficado internado por um período de 01 (um) dia; QUE sabe informar que o carro que colidiu na traseira de sua motocicleta era uma estrada adventure de cor Bege, mas que não deu para ver a placa do citado veículo; QUE procurou a Delegacia de Polícia desta cidade para Registrar o ocorrido.

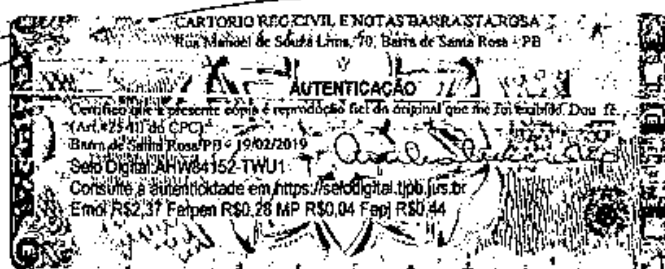
PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: LAVRATURA DO PRESENTE BOLETIM.

AUTORIDADE:

DELEGACIA DE POLICIA
DELEGADO DE POLICIA
DELEGADO DE POLICIA

COMUNICANTE:

ESCRIVÃO:



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

JOSE MAURICIO DA SILVA

CPF da Vítima

027.169.534-95

Data do Acidente

25.10.2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Comprovação de ato declaratório



CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Baixa de São Rosa, 02 de Março de 2019

Local e Data

José Manoel J. Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





PREFEITURA MUNICIPAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CENTRO DE SAÚDE NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO
CNPJ. 08.983.925/0001-92
Barra de Santa Rosa - PB



Ado

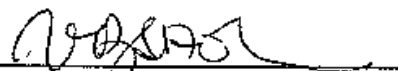
Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o senhor José Manoel da Silva Brasileiro, portador do CPF nº 027.169.574-95 RG: 2267470 SSDS/PB. Residente e domiciliado na Rua: José Ribeiro Diniz Nº 31 centro Barra de Santa Rosa - PB, tendo em vista que no dia 25/10/2018 foi atendido na Unidade de Saúde, Nossa da Senhora da Conceição onde o mesmo sofreu um acidente moto-ciclístico, na Rodovia PB 104, Barra Santa Rosa, foram prestados os primeiros socorros, depois dos procedimentos hospitalares realizados, diante da gravidade dos ferimentos, a vítima foi encaminhado para o Hospital de Trauma de Campina Grande - PB. Na ocasião, a enfermeira Regina C. Brasileiro de Souza Iolanda, COREN-PB 85036. Prestou atendimento a vítima, conforme consta no Livro de Registro de Transferências deste Centro de Saúde.

Barra de Santa Rosa - PB, 14 de fevereiro de 2019


Regina C. Brasileiro de Souza Iolanda
Enfermeira Corem 85036-PB



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: 23/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MANOEL DA SILVA

BANCO: 004

AGÊNCIA: 00009

CONTA: 000000091913-9

Nr. da Autenticação 1F0882220DF387F4



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Recibo para sempre pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica. N° 020,676.921



ENERGISA PARANÁ - Companhia Paranaense de Energia S.A.
Gr. 210, Km 25 - Centro Rodoviário - João Pires / PR - CEP 86071-880
CNPJ 09.095.193 / 000140 - Insc. Est. 18.040.823-0

DADOS DO CLIENTE				CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
JOSE MANOEL DA SILVA RUA PRES GETULIO VARGAS, 64 BARRA DE SANTA ROSA				5/1407542-8	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	
FEV/2019	22/02/2019	79	01/03/2019	R\$ 76,35	

Acesse: www.energisa.com.br



DESPACHA ACP

JOSE MANOEL DA SILVA
Roteiro: 15-107-430-1040
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 26/02/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
01/03/2019	R\$ 76,35	1407542-2019-02-2

Comprovante de residência



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é substitutivo de conta.

Requisito para simples pagamento da nota fiscal: conta de energia referência Nº 017.631.259



ENERGISA PARANÁ - OBTENEDORA DE ENERGIA S/A
R. 730, N.º 25 - Centro Regulador - João Pinheiro - PR - CEP 86011-800
CNPJ 06.093.163/0001-40 - Insc. Est. 15.016.823-0

DADOS DO CLIENTE

JEANE SILVA SOUZA
RUA JOSE SÁDY LEAL SN
BARRA DE SANTA ROSA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1025277-3

REFERÊNCIA

DEZ/2018

APRESENTAÇÃO

26/12/2018

CONSUMO

159

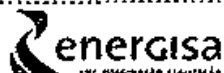
VENCIMENTO

04/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 143,21

Acesso: www.energisa.com.br



DESTAQUE AQUI

JEANE SILVA SOUZA

Telefone: 16-107-430-0980

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 04/01/2019

VENCIMENTO

04/01/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 143,21

MATRÍCULA

1025277-2018-12-8

Comprovante de residência



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 15:23:12

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120215231175800000035667631>

Número do documento: 20120215231175800000035667631

Num. 37379840 - Pág. 10



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Barbara Naymar Sousa Lima inscrito (a) no CPF/CNPJ 105.330.734 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JOSÉ MANOEL DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.169.574 / 95, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSÉ MANOEL DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 027.169.574 / 95, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaração Circular SUSEP 445/12



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		Número	Complemento
RUA JOSE SADY LEAL		5N	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	BARRA DE SANTA ROSA	BA	58170-000
Email	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
b7nbl_barbara@hotmail.com			(83) 99327-1103

Barras de St. Rosa, 01 de Março de 2019
Local e Data

Barbara Naymar Sousa Lima
Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



Declaração de proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE MANOEL DA SILVA

RG nº 2.267.470, data de expedição 10/12/12,
Órgão SSDS/PB, portador do CPF nº 027.169.574-95, com
domicílio na cidade de BARRA DE SANTA ROSA, no Estado de
PARAIBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
JOSE RIBEIRO DINIZ, nº 31,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSE MANOEL DA SILVA, cujo o condutor era
JOSE MANOEL DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 150 FAN EST

Ano: 2013

Placa: NQB 1852

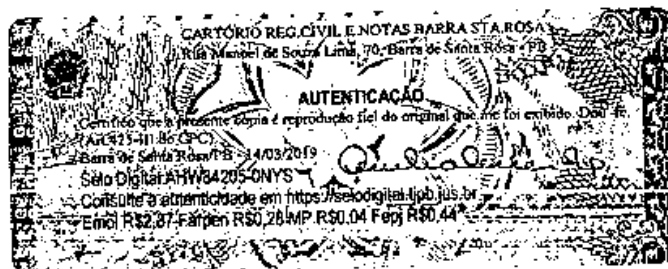
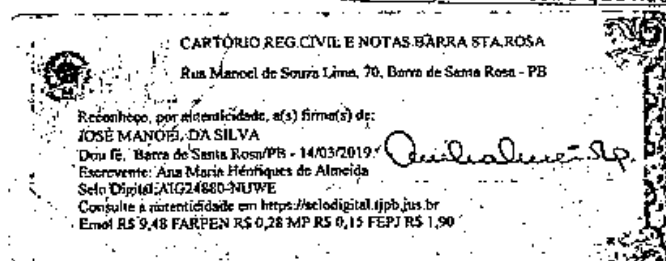
Chassi: 9CZKCL670BR017405

Data do Acidente: 25.10.19

Local e Data: BARRA DE SANTA ROSA, 14 DE MARÇO DE 2019

Jose Manoel da Silva
Assinatura do Declarante

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



SUS  **ESTADO DA PARAIBA - SECRETARIA DE SAÚDE**
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CODIGO DA UNIDADE: 2757718 CEG/CPE: 98.778.268.0001/00
NOME: HOSPITAL REGIONAL DE PICOÍ
END: RUA FRANCISCO OLIVEIRA GOMES, 15 - BAIRRO MONTE SANTO
MUNICÍPIO: PICOÍ ESTADO: PARAIBA UF: PB
Nome: JOSE MANOEL DA SILVA
Raça/Cor: PARDOS

Idade: 25/05/1973 Idade: 46 ano(s) Mês(es) de Idade: dias de Idade: Sexo: M
Mão: ELVIRA GUEDES CASANO
Profissão: COMERCIANTE Documento: 2287470
Endereço: RUA JOSE ROBEIRO DINIZ Nº: 31
Bairro: CENTRO
Município/CEP/UF: BARRA DE SANTA ROSA - PB - 58170000 - 250160
Telefone para contato: (83) 0000-0000 / CNS: 704703782236039
Data e Hora: 25/10/2018 10:50:02 SSVV

PESO: PA: TEMP:

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)
Anamnese e exame físico realizados em sala de espera, sem alterações.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

RECEPCIONISTA: HIRP

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS
1. *Valéria Conf. 5/11*
2. *DCEFLAXONA 250mg (C)*
3. *2 DILIRONY 7.4 (C)*

CARÁTER DO ATENDIMENTO
☐ 01 - PRETIVO
☐ 02 - URGÊNCIA
☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO
☐ 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - descrição:

DIAGNÓSTICO:
Acidul. J. melancólico

CID-10:

MEDICAÇÃO:
☐ 1. PRESCRITA
☐ 2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO:
☐ OBSERVAÇÃO
☐ RESIDÊNCIA
☐ OUTRO HOSPITAL
☐ OBITO
☐ INTERMIO
☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO:
1. 0303060004
2.
3.

ASS. DO RESPONSÁVEL: *Valéria*
ASS. DO PACIENTE/COMPANHANTE OU RESPONSÁVEL: *Valéria*
ASS. DO REVISOR TÉCNICO: *Valéria*
ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO: *Valéria*

Documentação médica - hospitalar

Hospital Regional de Picoí
Atestado conforme original.
Picoí, 25/10/18
Ass. Médica
Ass. Administrativo
805.349-8

Documentação médica - hospitalar



HOSPITAL REGIONAL DE PICUI - PB

ente

RELATÓRIO POR PACIENTE [ATENDIMENTO AMBULATORIAL]

Nome do Paciente	Data de Nascimento	Médico	Diagnóstico	Data de Atendimento
JOSE MANOEL DA SILVA	28/05/1973	FABIANO BRANDAO CRM 4954 / PB	MAN: ELVISA GUEDES CARAOC	18/05/2018
	28/06/1973	FABIO GONDIM NEPOMUCEMO / CRM / 5429		20/05/2018
	28/06/1973	ERIEGLY SOUSA SANTOS / CRM / 10584	<i>ambulatorial</i>	25/10/2018
	28/06/1973	FABIO GONDIM NEPOMUCEMO / CRM / 5429		21/10/2018
	28/06/1973	FABIO GONDIM NEPOMUCEMO / CRM / 5429		21/11/2018

[Handwritten signature]





GOVERNO
DO PARÁ

Hospital Regional de Picuí "Folipe Tibago Gomes"



SUS

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, a pedido do(a) Sr(a) Dr. Manoel de Jesus portador(a) da identidade RG 22.677.750, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 10h30 horas, submetido(a) a Exat. da função renal portador da patologia CID-10 B15.5, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 06 (seis) meses dias, a partir desta data.

Picuí, 22/11/2018

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

Dr. F. M. S.

Cidade: Pará
Rua Dr. ...
Cidade: ...
Estado: PA

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o(a) Dr. (a) _____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

Para o tratamento do
Tendão patelar, grave
após acidente de motocicleta
necessitando repouso de
trabalho 06 (seis) meses

Dr. F. M. S.
Cidade: Pará
Rua Dr. ...
Cidade: ...
Estado: PA



Receituário Controle Especial

Identificação do Emissor

Hospital Regional de Picuí
CNPJ: 03.515.174/0001-85
Rua: Francisco Pereira Gomes, 15
Fone: (83) 3371-2554 / 3371-2990
Picuí - Paraíba

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª Via - Orientação ao Paciente

Carimbo e Assinatura do Médico

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____ Org. Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR





Centro Hospitalar João XXIII

Sistema de Assistência Social e de Saúde



ATESTADO

A T E S T O para os devidos fins de DIREITO que
O (A) Sr.(a) Dev Manoel de Jesus

Foi atendido (a) neste Nosocomio, portador (a) da Entidade

Nosológica - CID M 23.5

devendo permanecer afastado (a) de suas atividades habituais

pelo período de 90 dias dias.

Campina grande/PB

23, 11

2014

Dr. Fábio Gordim Napolitano

Cirurgião do Joelho - CRM-PB. 5420

Rua Dr. Chateaubriand, 209 - CRM-Jos

Campina Grande-PB. - CEP 58400-390

Fones: (83) 3341-2555 / 3341-8666

Rua: Nilo Peçanha, 83 - Prata
58400-515 Campina Grande-PB
Fone (83) 2102-2323



119



Fábio Gondim

CRM - 5429



CTO

Clínica de Trauma
e Ortopedia

João Manoel de M

ARFLEX RETARD 200MG 01 CX.
TOMAR 01 CÁPSULA AO DIA (6 DIAS)

XARELTO 10mg 1 CX.
1X AO DIA (7 DIAS)

Dr. Fábio Gondim, Neponiucen
Cirurgia do Joelho CRM-PB, 5429
Rua Dr. Chateaubriand, 206 - 680 Jd.
Campina Grande-PB - CEP: 58400-396
Fones: (83) 3341-2560 / 3341-2561

Rua Dr. Chateaubriand, 206 - São José - PAIX: (83) 3341.2560 - Campina Grande - PB
CEP: 58400-396 - (em frente ao HU - anexo Ipase)

(83) 99125.2480
gondimnet@gmail.com



BARRALab
Laboratório Clínico
Telefone: (82) 3276-1150
<http://www.barralabpb.com.br>

COMPROVANTE DE ATENDIMENTO
 Cliente: JOSE MANOEL DA SILVA
 Data Atendimento: 22/11/2018 07:05:40
 Protocolo: 60746 Senha: cdf8
 Convênios: PARTICULAR BARRALAB I
 Pagamentos:

R\$ Orçado	R\$ Desconto	R\$ V. Pago	R\$ Diferença
69,00	0,00	0,00	0,00

Previsão de Entrega dos exames:

23/11/18 |

Exames

CITATRINA
 GLICOSE JEJUM
 HEMOGRAMA
 TEMPO DE PROTROMBINA - TP
 TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO - TTPA
 UREIA



Utilize o QR code em seu smartphone, para pegar seu resultado.

Observação: Exames particulares e convênios só serão liberados pela INTERNET após quitação ou entrega da guia do convênio.





SISTEMA DE ASSIST. SOCIAL E DE SAUDE HOSPITAL JOAO XXIII
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

DATA: 23/11/2018
HORA: 09:28:50



70505

Prontuário 37622	Nome do Paciente JOSE MANOEL DA SILVA	Nascimento 25/06/1973	Idade 45	Sexo M	Cor	Naturalidade	Religião 1-CATOLICA
Estado Civil	CPF 27.169.574-95	RG 2267470 SSP PB	Grau de Instrução	Profissão		Fone Residencial 83999788678	Fone Trabalho
Filiação	Mãe: ELVIRA GUEDES CASADO	Pai: MANOEL DA SILVA CASADO NETO					
Endereço	R. JOSE RIBEIRO DINIZ, 31 - CENTRO, BARRA DE SANTA ROSA-PB CEP:						
Atendimento 70505	Data/Hora Atend. 23/11/2018 09:36	Data/Hora Prev. 24/11/2018 10:00	Setor 121710-RECEPÇÃO EMERGÊNCIA / ELETIVA - CNV		Tipo Atendimento 5-INTERNAÇÃO CIRURGICA		
Médico Atendente 10278-FABIO GONDIM NEPOMUCENO				Motivo Atendimento 3-INTERNAÇÃO/ELETIVA			
Plano / Convênio 0-PARTICULAR/A-PARTICULAR	Nº Carteira	Validade	Nº CNS				
Posto POSTO 100	Acomodação 121829 POSTO 100 - APT0 119	Leito APT-119 1					
Gula INTERNACAO	Procedimento 99916000 INTERNAÇÃO	*37622*					

TERMO DE RESPONSABILIDADE

O paciente (ou responsável), Sr(a) JOSE MANOEL DA SILVA, aqui declarado, dá plena autorização ao seu médico assistente, CRM _____, Estado da(s) PB, para fazer as investigações necessárias ao diagnóstico, e executar tratamentos, operações, anestésias, transfusões de sangue, ou outras condutas médicas que venham de encontro às necessidades clínico-cirúrgicas do caso, bem como comprometendo-se a respeitar as instruções que lhe forem fornecidas, inclusive quanto a imprevistos oriundos da eventualidade ou da não observância das orientações médicas.

Estou ciente das complicações inerentes ao ato cirúrgico abaixo.

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA
Endereço: R. JOSE RIBEIRO DINIZ, 31 Bairro CENTRO, BARRA DE SANTA ROSA-PB
Telefone: 83999788678

CAMPINA GRANDE, 23 de Novembro de 2018

FRANCIANE ARAUJO PEREIRA
Responsável pelo Atendimento

MARIA DA CONCEIÇÃO SILVA
Responsável pelo Paciente

43101



Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde



EVOLUÇÃO MÉDICA

NOME DO PACIENTE *Foto Muroch*

QUARTO/LEITO

DATA DE ADMISSÃO

CONVÊNIO *PARTE*

PRONTUÁRIO

DATA

EVOLUÇÃO

CLÍNICA ABOLIDA DE DIPOLEGIA

23/11/18

Dr. Fábio Gordini Negroni

Dr. Fábio Gordini Negroni

DIPOLEGIA ROTACIONAL DE 90 GRAUS

Dr. Fábio Gordini Negroni

Paralelo 0,00 e 1,00
23/11/18

Dr. Fábio Gordini Negroni
Cirurgião do Joelho - CRM PB 5429
Rua Dr. Chaleirinho, 206 - São João
Campina Grande - PB - CEP 56400-000
Fones: (83) 3347-2000 / 3347-2001



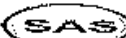
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
NOME:	JOSE MANOEL DA SILVA	
CONVÊNIO:	PARTICULAR	
Nº PRONTUÁRIO:	37.600	
QUARTO/LEITO:	119	
DATA:	23/03/84	
HORA:		
QUANTIDADE	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
(1) 100 mg	BRITANUM 100mg	10h
(2) 500 mg	BRITANUM 500mg	10h
(3) 100 mg	BRITANUM 100mg	10h
(4) 100 mg	BRITANUM 100mg	10h
(5) 100 mg	BRITANUM 100mg	10h
(6) 100 mg	BRITANUM 100mg	10h
(7) 100 mg	BRITANUM 100mg	10h
(8) 100 mg	BRITANUM 100mg	10h
(9) 100 mg	BRITANUM 100mg	10h
(10) 100 mg	BRITANUM 100mg	10h
(11) 100 mg	BRITANUM 100mg	10h
(12) 100 mg	BRITANUM 100mg	10h
ASS. E CARIMBO DO MÉDICO: [Assinatura]		
DESTINO:		
RECEBIDO POR:		





Centro Hospitalar João XXIII

Atenção de Assistência Social e de Saúde



MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100

23.11.18

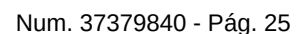
PACIENTE <u>Jose Manoel</u>	CONVÊNIO			APTO <u>119</u>
MATERIAIS	MANHÃ	TARDE	NOITE	AUDITOR
Frasco para denta				
Agulha de Insulina				
Agulha desc. p/glicemia				
Algodão de algodão			01	
Bolsa de colostomia				
Bureta (microfix)				
Cateter nasal				
Coletor de urina (sist. Fechado)				
Coletor de urina (para incont. Masculina)				
Equipo de Macrogotas				
Equipo de Microgotas				
Equipo de PVC (prvenofix)				
Equipo Fotossensível (branco/Laranja)				
Esparadrapo				
Faixa Crepon (10cm)				
Faixa Crepon (15cm)				
Tira p/glicemia Advantage II				
Gaze (pacote)				
Intracath				
Jelco (angiocath)				
Luva estéril				
Luva Procedimento			04	
Micropore				
Scalp 19,021 e 23				
Seringa descartável (3ml)			01	
Seringa descartável (5ml)				
Seringa descartável (10 ml)			10	
Seringa descartável (20 ml)				
Seringa de insulina				
Sonda Enteral				
Sonda Foley				
Sonda nasogástrica				
Sonda Retal				
Sonda uretral				
Torneira de 3 vias				
Água oxigenada (curativo/lavagem)				
Vaselina				
Soro fisiológico (para curativo)				
Xilocaina Gel (p/sonda)				
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)				
Tubo endotraqueal nº				
Fio de Sutura nº				
Fio para tubo				
Faixa p/tubo				
outros				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 15:23:12

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120215231175800000035667631>

Número do documento: 20120215231175800000035667631

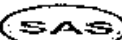


ATA:	HORAS:	EVOLUÇÃO (ASS. DO TÊC. DE ENFERMAGEM + CARIMBO)
3.11	10h	Paciente admitido por procedimento específico.
3.11.18	20h5	Paciente em Poz de ruptura, todos com sinais, sinais pouco dista, mas por mantendo umecidos, sem intercorrências, segue sob cuidados da equipe de enfermagem.
4.11	08:30	Pac. f.o. Transferido para hospital, realizado curativos.





Centro Hospitalar João XXIII



MATERIAL DESCARTÁVEIS POSTO 100

24.11.18

PACIENTE	CONVÊNIO	APTO
José Antonio da Silva		
MATERIAIS	MANHÃ	TARDE
Frasco para denta		
Agulha de Insulina		
Agulha desc.p/glicemia		
Algodão Ortopédico	01	
Bolsa de colostomia		
Bureta (microfix)		
Cateter nasal		
Coletor de urina (sist. Fechado)		
Coletor de urina (para incont. Masculina)		
Equipo de Macrogotas		
Equipo de Microgotas		
Equipo de PVC (prvenofix)		
Equipo Fotossensível (branco/Laranja)		
Espadrappo		
Faixa Crepon (10cm)		
Faixa Crepon (15cm)	02	
Tira p/glicemia Advantage II		
Gaze (pacote)	04	
Intracath		
Jelco (angiocath)		
Luva estéril		
Luva Procedimento	02	
Micropore	20cm	
Scalp 19,021 e 23		
Seringa descartável (3ml)		
Seringa descartável (5ml)		
Seringa descartável (10 ml)		
Seringa descartável (20 ml)		
Seringa de insulina		
Sonda Enteral		
Sonda Foley		
Sonda nasogástrica		
Sonda Retal		
Sonda uretral		
Torneira de 3 vias		
Água oxigenada (curativo/lavagem)		
Vaselina		
Soro fisiológico (para curativo)	100ml	01
Xilocaina Gel (p/sonda)		
Xilocaina (p/sonda p/ passar cateter)		
Tubo endotraqueal nº		
Fio de Sutura nº		
Fio para tubo		
Faixa p/tubo		



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 15:23:12

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120215231175800000035667631>

Número do documento: 20120215231175800000035667631



Centro Hospitalar João XXIII
Sistema de Assistência Social e de Saúde



CHECK-LIST PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 23 / 11 / 2018 Hora: 10:45

Procedimento a ser realizado:

☐ Geral ☒ Ortopedia ☐ Cirurgia Cardíaca

Identificação: Etiqueta do paciente

João Manoel de Silva

CHECK-LIST

☒ Prontuário Completo	☐ Pen Drive/ CD
☐ Pulseira de Identificação	☐ Tricotomia local da cirurgia
☐ Avaliação Pré-Anestésica	☒ Exames Laboratoriais
☐ Consentimento Cirúrgico	☒ Exames Radiográficos Rx / RM
☐ Jejum desde: <u>23 / 11 / 18</u> às <u>06:00 h</u> ECG	
☐ Alergias: <u>neqa</u>	☒ Retirada de adornos, prótese, dentadura, lentes e roupas íntimas
Técnico de Enfermagem <u>[assinatura]</u>	
OBS: <u>[assinatura]</u>	
COREN: <u>[assinatura]</u>	
Raissa Milane de S. Oliveira Téc. de Enfermagem COREN-PA 1082561	





Centro Hospitalar João XXIII

Sistema de Assistência Social e de Saúde

SAS

NOTA DE SALA

Paciente: José Manoel da Silva

Leito: 119 Convênio: Puro Idade: 450 Registro: 37662

Cirurgia: Pte. Cistite aguda Infecção Anestesia: Raqui

Cirurgião: Dr. Fábio Jardim Anestesta: Dr. Roberto

Instrumentador(a): Rafael

Data: 23/11/98		Início: 14:00h		Término: 15:15h	
QTD	MED. ANESTÉSICAS	QTD	MEDICAÇÕES		
	ALFENTANIL 5ML #		NEOSTIGMINA 5MG/ML		SONDA FOLEY 3V Nº
	ATACURIO 10MG 2,5ML #		NITROGLICERINA 25MG		SONDA NASOGÁSTRICA LONGA Nº
01	BUPIVACAÍNA+GLICOSE 0,5% PESADA 4ML		OMEPRAZOL 40MG		SONDA URETRAL Nº
	CETAMINA 50MG 10ML #	02	ONDANSETRONA 4MG 2ML	QTD	TORNEIRINHA TRÊS VIAS
	CISATACURIO 10MG 5ML		PRUTAMINA 100UI/ML 5ML		FIOS
01	CLONIDINA 150MCG/1ML	01	RANITIDINA 50MG/ML 2ML		ACIFLEX 5 W401050X4
	ETOMIDATO 2MG 10ML #		SOLUÇÃO CARDIOLÓGICA 10ML		CERA P/OSMO WAX01025B
	FENTANIL 50MCG 2ML #		SULFATO DE MAGNÉSIO 10% 10ML		ETHIBOND 0 PEV05A45
	FENTANIL 50MCG 10ML #		SUXAMETÔNIO 100MG 5ML		ETHIBOND 2-0 PEV202MR22T
	FENTANIL+DROPERIDOL 2ML (NILPERIDOL) #		TENOXICAM 20MG		ETHIBOND 2-0 C/AG. 2,0 PEV202MR20
01	MIDAZOLAM 15MG 3ML #		TROMETAMOL 30MG/ML		ETHIBOND 5-0 C/AG. 4,7 PEV54MTC480
	MIDAZOLAM 50MG 10ML #	100	CLORHEXIDINA ALCOÓLICA 1ml		LIGA CLIP 100(1201)
	MORFINA 1MG 2ML #	100	CLORHEXIDINA DEGERMANTE 4%	01	LIGA CLIP 200(2200)
01	MORFINA 0,2MG 1ML #	QTD	MATERIAL		MONONYLON 2-0 C/AG. 3,0 NL20CT3053
	NALOXONA 0,4MG 1ML #		AGULHA DESC. 13x4,5		MONONYLON 3-0 C/AG. 2,4 NL30CT2453
	PANCURÔNIO 2MG 2ML #		AGULHA DESC. 25x7,0		MONONYLON 4-0 NL40CT3053
	PROPOVAN 1% 20ML #	02	AGULHA DESC. 40x12		POLYCOT 0 C/AG. 3,0 AA0CR30G
	ROCURÔNIO 10MG 5ML #		AGULHA PERIDURAL Nº		POLYCOT 1 AA0SA45
	SEVOFLURANO 100% 250ML #	01	AGULHA RAQUE Nº 22		POLYCOT 2-0 AA20CR30G
	TRAMADOL 100MG 2ML #	03	ATADURA DE CRIPOM Nº 30		POLYCOT 3-0 S/AG. AA30SA45
QTD	TRAMADOL 50MG 1ML #		ATADURA CESSADA Nº		POLYCOT 3-0 C/AG. 3,0 AA30CR30G
	ACIDO TRANEXAMICO 250MG 5ML		BOLSA COLOSTOMIA 30XMM		PROLENE 4-0 PL402MR22AT
	AMINOFILINA 24MG/ML 10ML	04	BORRACHA SILICONE Nº2D4 MT		PROLENE 5-0 PL502MR17AF
	ÁGUA DESTILADA 10ML		CATETER F/02		PROLENE 6-0 PL602CR13AP
	ATROPINA 0,25MG/ML 1ML	05	CATETER PERIDURAL Nº		PROLENE 8-0 SE6680/2-45H
	BICARBONATO DE SÓDIO 8,4% 10ML	10	CAMPO OPERATORIO GRANDE UNO	02	VICRYL 0-0 C/AG. 4,0 G40B125H 1041092 - 4,5H
	ESMOLOL 10MG/10ML		COMPRESSA DE GAZE ENV. C/10UNDS		VICRYL 2-0 PGLA20MR40ER
01	CEFAZOLINA 1GR		COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO		VICRYL 3-0 C/AG. 1,9 PE19303-BH
	CEFALOTINA 1GR	05	DRENO Nº		VICRYL 3-0 C/AG. 2,5 ARS30MR26G
	CEFTRIAXONA 1GR	03	ELETRODO DESCARTÁVEL		
	CLORETO DE CÁLCIO 10% 10ML		EQUIPO MACRO GOTAS C/INJETOR		
	CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% 10ML		EQUIPO MICRO GOTAS C/INJETOR		
	CLORIDRATO DE PAPAVERINA 100MG 2ML	02	EQUIPO P/ARTROSCOPIA 4VIAS		
01	CETOPROFENO 100MG IV		ESPARADRAPO C/M		
01	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML		FILTRO P/RESPIRADOR C/TRAQUEIA	02	SORO RINGER C/LACTATO 500ML
01	DIPIROXA SÓDICA 2ML 500MG/ML		FITA MICROPORE		
	DIMENID+PIRIDOX+GLICOSE+FRUT 06 EV DL	01	GELCO Nº 20	01	ORTOSE E PROTESE
01	EPIEDRINA 50MG 1ML		INTRACATH ADULTO Nº		
	ESCOPOLAMINA SIMPLES 20MG 1ML		LAMINA DE BISTURI Nº11		
	ESCOPOLAMINA+DIPIROXA 5ML	01	LAMINA DE BISTURI Nº15		
	EPINEFRINA 1MG/ML 1ML	03	LAMINA DE BISTURI Nº23		
	FITOMONEDIONA 10MG/1ML EV		LAVA DE PROCEDIMENTO TAM M.		
	FUROSEMIDA 20MG 2ML	01	LAVA ESTÉRIL Nº6,5		
	GENTAMICINA 80MG 2ML	02	LAVA ESTÉRIL Nº7,0		
	GLICOSE 50% 10ML		LAVA ESTÉRIL Nº7,5		
	HEPARINA 5000UI 5ML	02	LAVA ESTÉRIL Nº8,0		
	HIDROCORTISONA 100MG		LAVA ESTÉRIL Nº8,5		
	HIDROCORTISONA 500MG		SERINGA DESC. C/AG. 1ML		
	HISOCEL SOL. DE GELATINA 3,5% 500ML	01	SERINGA DESC. C/AG. 3ML		
	LEVOBUPIVACAÍNA 0,5% C/VASO	01	SERINGA DESC. C/AG. 5ML		
	LEVOBUPIVACAÍNA 0,5% S/VASO	01	SERINGA DESC. C/AG. 10ML		
	LIDOCAÍNA COM VASO 2% 20ML	01	SERINGA DESC. C/AG. 20ML		
	LIDOCAÍNA SEM VASO 2% 20ML		SERINGA DESC. 60ML RIGIDO LONGO		
	METRONIDAZOL 500MG 0,5%		SONDA ENDOTRAQUEAL C/BI. Nº		
	METOCLOPRAMIDA 10MG 2ML		SONDA FOLEY 2V Nº		

Circulante Responsável:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 15:23:12

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120215231175800000035667631

Número do documento: 20120215231175800000035667631

Num. 37379840 - Pág. 29



anestesiologia CRM/PB - 4167

CONSULTÓRIO: Rua Duque de Caxias, 641 - Sala 08 - Edif. Centro Médico São Francisco - Praça
CEP 58400-506 - Campina Grande - PB - Fone/Fax: (83) 3341.6181

Celulares: 99971.2305 / 98630.8555 - Fone/Fax Residencial: (83) 3321.8141

"Somos mais que vencedores por meio daquele que nos amou." Rm 8:37

Nome: Fosco Manoel da Silva Idade: 45 Cor: P
Convênio/Acomodação: PROPRIO Data/Cirurgia: 23.11.18
Hospital: F. X. M. Cirurgião: Franco Gouveia Aliar(s):
Cirurgia: 120. EXERCÍCIO FÍSICO TESTE DE EXERCÍCIO

INTERROGATÓRIO SISTEMÁTICO

CONSULTA PRÉ-ANESTÉSICA: ☐ SIM ☒ NÃO

AValiação PRÉ-ANESTÉSICA: ☒ SIM ☐ NÃO

GERAIS:

GERAIS: FEBRE

VÔMITOS

ADINAMIA

PRÓTESE DENT.: NÃO Sim

Sup. Inf.

RESPIRATÓRIO:

TOSSE

CORIZA

DISPNEIA

CARDIOVASCULAR:

MIOCARDIO

VALVAR

CONDUÇÃO ANGINA

HAB

DIGESTIVO:

ESVAZ GASTR.

NORMAL ANORMAL

HÁBITO INTESTINAL:

REG

IRREG

SIST. NERVOSO CENTRAL:

HÁBITOS:

TABAGISMO

ETILISMO

DROGA/MEDIC.: L

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

ALERGIA ÀS DROGAS: N S

ANESTESIA PRÉVIA: N S

COAGULOPATIA S. N TIREÓIDE +

DIABETES S. N

HEPATITE S. N

LCFA S. +

IRA S. N

IRC S. +

EXAME FÍSICO

GERAL: BEG REG MEG CONSCIENTE INCONSCIENTE EXCEPCIONAL PESO PA 130/80 PULSO 80

MUCOSAS: + ATM NORMAL: S N PESCOÇO NORMAL: S N MALLAMPATTI: 2 TÓRAX: S N

AUSCULTA: PULMONAR: + CARDÍACA: + COLUNA NORMAL: S N

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:

HORÁRIO: 16:00h

AGENTES:

ANESTÉSICOS

LIQUIDOS

LEGENDA

R RESPIRAÇÃO

O PULSO

X T. ARTERIAL

X ANESTESIA

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

TÉCNICA:

ENDOVENOSA

INALATÓRIA

INTERCOSTAL

EPIDURAL

BLOQUEIO INTRATECAL

BLOQUEIO DE PLEXO

RL BLOQUEIO PERIFÉRICO

BLOQUEIO BEER

MONITORIZAÇÃO

OXIMETRIA DE PULSO ☒ TEMPERATURA
MONITOR CARDÍACO ☒ PAM NÃO INVASIVA
CAPNOGRAFIA ☒ PAM INVASIVA
ESTET. PRECÓRDEAL ☒ ESTET. ESOFÁGICO
TOF ☒ ANAL GASES

INDUÇÃO

SATISF.: EXC TOSSE: + NÁUSEA: +

LARINGOSPASMO: + LENTO: + VÔMITO: +

MANUTENÇÃO

Fórmula de manutenção:

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

Fórmula de manutenção

EXAMES COMPLEMENTARES

COAGULOGRAMA:

Ts:

Tc:

TIPA:

TAP:

Plaql:

HEMOGRAMA:

Ht:

Hb:

TIPO SANGÜÍNEO:

Rh { : / : }

BIOQUÍMICA:

Ureia:

Creatinina:

Sódio:

Potássio:

Glic:

ECG:

RX TORAX:



Hospital João XXIII (SAS)

Data: 23 /11/2017

Paciente: Jose manael silva

Cirurgião: DR Fabio gondim

Auxiliar :

Segundo:

Anestesista: DR Alberto nunes

Instrumentadora: misael

Circulante:

Diagnostico: lesão avulsão do tendão patelar por colisao

Cirurgia: tenorrafia tednao patelar e cerclagemrtroscopia para histopatológico e limpeza

Acidentes durante a cirurgia:

Descrição cirúrgica:

1 Decubito dorsal sob raquianestesia

2 Incisao medial do joelho dir e individualizado restos do tendao patelar

3 assepsia e antissepsia e aposição de campos estéreis

4 passagem do fio de aço em patela e tat.

5 sutura com tenorrafia patelar

6 sutura com nylon

07 curativo.

Fábio Gondim Nepomuceno
Dr. Fábio Gondim Nepomuceno
CRM-PB 5429
Rua Dr. Cassiano, 205 - São José
Camela Grande - PB - CEP 58400-000
Fone: (31) 3341-2800



Nome: JOSE MANOEL DA SILVA

ID: 0003874430

Médico: Dr(a) FABIO GONDIM NEPOMUCENO

Data: 21/11/2018

Exame: RM JOELHO DIREITO

ID Ex.: 0070956410

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO DIREITO

TÉCNICA:

Exame realizado com sequências FSE e gradiente eco ponderadas em T1 e T2, em planos de cortes múltiplos, alguns com técnica para supressão do sinal da gordura, sem o uso de contraste endovenoso.

ANÁLISE:

Rotura completa do tendão patelar, com "gap" entre os cotos tendíneos de cerca de 3.9 cm, com coleção hemática interposta e edema em partes moles adjacentes.

Patela alta, centrada e sem bascula significativa.

Rotura completa dos ligamentos patelofemorais.

Tendinose/tendinopatia pós-traumática do quadríceps.

Ligamentos cruzados anterior e posterior com espessura, orientação e intensidade de sinal habituais.

Rotura oblíqua do corno posterior do menisco medial, com fissura atingindo a superfície articular inferior.

Menisco lateral com morfologia e contornos normais, sem evidências de roturas.

Estiramento do ligamento colateral medial.

Ligamento colateral lateral com espessura, orientação e intensidade de sinal habituais.

Demais estruturas do canto posterolateral sem alterações evidentes.

Volumoso derrame articular.

UNIDADE I

Rua Capitão João Alves de Lira, 742 - Prata
Fone (83) 3310 3000

UNIDADE II

Av. Floriano Peixoto, 804 - Centro
Fone (83) 3315 7000

UNIDADE III

Clinica Santa Clara
Fone (83) 3310 3000

www.clinicadrwanderley.com.br



Nome: JOSE MANOEL DA SILVA

ID: 0003874430

Médico: Dr(a) FABIO GONDIM NEPOMUCENO

Data: 21/11/2018

Exame: RM JOELHO DIREITO

ID Ex.: 0070956410

Planos musculares com trofismo preservado.

IMPRESSÃO:

Rotura completa das fibras distais do tendão patelar, com "gap" entre os cotos tendíneos de cerca de 4.0 cm, com coleção hemática interposta e edema em partes moles adjacentes.

Patela alta, centrada e sem báscula significativa.

Rotura completa dos ligamentos patelofemorais.

Rotura oblíqua do cornó posterior do menisco medial.

Estiramento do ligamento colateral medial.

Volumoso derrame articular.

* Exame documentado em 08 películas fotográficas.

rb-



Dra. LUISA ROSAS WANDERLEY
RADIOLOGISTA
CRM-PB 8238

UNIDADE I
Rua Capitão João Alves de Lira, 742 - Prata
Fone (83) 3310 3000



Dr. MAURO CALDAS MENDES FILHO
RADIOLOGISTA
CRM-PB 8237

UNIDADE II
Av. Floriano Peixoto, 804 - Centro
Fone (83) 3315 7000

UNIDADE III
Clínica Santa Clara
Fone (83) 3310 3000

www.clinicadrwanderley.com.br



Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
AUTOMÓVEIS

JOSE MANOEL DA SILVA

2257470 **SSP** **PB**

027.169.574-95 **25/06/1973**

MANOEL DA SILVA CASADO
NETO
ELVIRA GUEDES CASADO

00430475504 **05/09/2022** **11/11/1998**

1497910839

13/09/2017

61041454763
28035181540

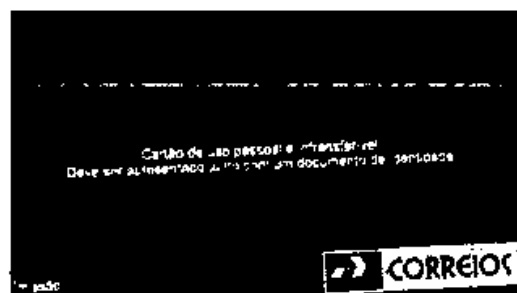
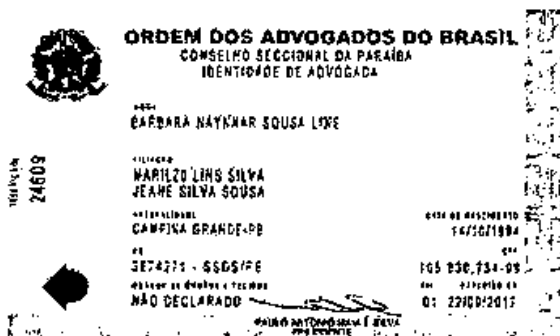
PARAÍBA





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.267.470 -2 VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	10/12/2012
NOME	JOSÉ MANOEL DA SILVA
FRACÇÃO	MANOEL DA SILVA CASADO NETO
	ELIVIRA GUEDES CASADO
NATURALIDADE	BARRA DE SANTA ROSA-PB
DATA DE NASCIMENTO	25/06/1973
DOC. ORIGINAL	NASC. N. 11373 FLS. 23 LIV. 23-A
	CARTÓRIO B. DE STA. ROSA
	027.169.574-95
	ASSINADO EM 10/12/2012
	LEI N. 7.106 DE 2006





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS TRANSPORTES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 0052579616-9 00/00000000 2018

NOVE

JOSE MANOEL DA SILVA P E M M E

CPF / CNPJ 07800937000190 PLACA NOB1852/PB

PLACA ANT / LUF NOVO PB 9C2KC1670DR017405

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAO APLIC. COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2013 ANO MOD. 2013

CAP / POT / OL 2 P/149 /CI

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA 00/00/0000

VENÇ. COTA ÚNICA 1º

VENÇ. COTAS 2º

VENÇ. COTAS 3º

P V A

PRAZO TARIFÁRIO (R\$) 00/00/0000

NOF (R\$) 0

PRAZO TOTAL (R\$) 00/00/0000

DATA DE PAGAMENTO 28/02/2018

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

BARRA DE SANTA RITA - PB

DATA 19/03/2018

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS RESERVADOS POR VEÍCULO ON
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013929435720 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradordelider.com.br
CAC DPVAT 0000 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMITIDO 19/03/2018

VIA 1 07800937000190 PLACA NOB1852/PB

RENAVAM 00525796169

MARCA / MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB. 2013 CAT. DE 9

PLACA 9C2KC1670DR017405

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNC (R\$) *****

DETRAN (R\$) *****

CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****

NOF (R\$) *****

SEGURO

PARCELADO

DATA DE OUTRAGAO 28/02/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT
CNPJ 09.848.000/0001-04

40657-284 11-20-00319



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 15:23:12

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120215231175800000035667631

Número do documento: 20120215231175800000035667631

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190238597 **Cidade:** Barra de Santa Rosa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MANOEL DA SILVA **Data do acidente:** 25/10/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO (RUPTURA DO TENDÃO PATELAR)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE AÇO/TENORRAFIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PAG 19.

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0105962/19

Vítima: JOSE MANOEL DA SILVA

CPF: 027.169.574-95

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 25/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE MANOEL DA SILVA

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
DUT
Outros

BARBARA NAYNNAR SOUSA LINS : 105.330.734-99

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

Outros



JOSE MANOEL DA SILVA : 027.169.574-95

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: 28/03/2019
Nome: JOSE MANOEL DA SILVA
CPF: 027.169.574-95

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/03/2019
Nome: Patricia Aleixo Silva
CPF: 068.500.787-12

JOSE MANOEL DA SILVA

Patricia Aleixo Silva



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder - DPVAT

COBERTURA SOLICITADA
() MORTE (X) INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA JOSE MANOEL DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 25/10/18 POSSUI CPF (X) SIM () NÃO Nº CPF 023.169.534-95

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- () Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)
- () CPF do Representante Legal (cópia simples)
- () Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, neste formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- (X) Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data de alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- (X) Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- (X) Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- (X) CPF da vítima (cópia simples)
- (X) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- (X) Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

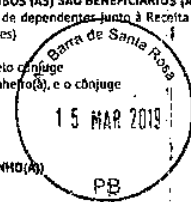
- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- () Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- () Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- () Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada () Sim () Não
- () Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não
- () Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- () Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- () CPF da vítima (cópia simples)
- () Documento de Identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- () CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- () Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- () Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- () Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - () Certidão do Casamento com data atual (cópia simples)
 - () Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - () Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- () Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- () Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
- () Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - () Declaração de Únicos Herdeiros (original)
 - () Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - () Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- () Outros Documentos apresentados:



PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) JOSE MANOEL DA SILVA
Quem é o portador? (X) Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador: 023.169.534-95
E-mail: BARRA_BARRA@HOTMAIL.COM Telefone: 98 98978888
Data: 15.03.19 Assinatura: José Manoel da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) H&ECT 10 S/N R. ...
Atendente: José Lucas Lima Tull Mat. 8.476.918-1
Data: 12/03/19 Assinatura: CH. ACSP Barra de Sta. Rosa



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 15:23:12

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120215231175800000035667631>

Número do documento: 20120215231175800000035667631

Num. 37379840 - Pág. 40

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0105962/19

Número do Sinistro: 3190238597

Vítima: JOSE MANOEL DA SILVA

CPF: 027.169.574-95

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Outros



Data do acidente: 25/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE MANOEL DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

BARBARA NAYNNAR SOUSA LINS : 105.330.734-99

Procuração

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: 06/05/2019
Nome: JOSE MANOEL DA SILVA
CPF: 027.169.574-95

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/05/2019
Nome: ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO
CPF: 134.037.047-69

JOSE MANOEL DA SILVA

ANTONIO CLAUDIO DA SILVA ARAUJO



SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS



Seguradora Líder - DPVAT

COBERTURA SOLICITADA

☐ MORTE ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA JOSE HENRIQUE DA SILVA

DATA DO ACIDENTE 25/10/18 POSSUI CPF ☐ SIM ☒ NÃO Nº CPF 027.169.534-95

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de Identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, neste formulário.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.dpvatseguredetransito.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☒ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☒ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☒ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☒ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada ☐ Sim ☒ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de Identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de Identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☒ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO DE SEPARAÇÃO DE FATO (original), declarada pelo cônjuge**
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- Certidão de Únicos dos pais (original) (cópia simples)**
 - ☐ Certidão de Únicos dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples) P B
- Outros Documentos apresentados:**



PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) JOSE MANOEL DA SILVA
 Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 027.169.534-95
 E-mail: _____ Telefone (031) 99.98.88.38
 Data 23.04.19 Assinatura JOSE MANOEL DA SILVA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto): _____
 Atendente: _____ Matrícula: JOSE LUCAS LIMA TULIO
 Data: _____ Assinatura: _____
 Mot. 8.476.918-1
 GM - ACOP - Rua da São Bento



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190238597 **Cidade:** Barra de Santa Rosa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MANOEL DA SILVA **Data do acidente:** 25/10/2018 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO DO JOELHO DIREITO (RUPTURA DO TENDÃO PATELAR)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE AÇO/TENORRAFIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: PAG 19.

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75





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

Processo: 08003420820198150781

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

DO LAUDO PERICIAL

DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO

(REGISTRO DA OCORRÊNCIA NO ÓRGÃO POLICIAL COMPETENTE)

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT no suposto acidente noticiado.

O parágrafo 1º, do art. 5º da lei n.º 6.194/74 é claro, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos.

Com efeito, verifica-se que a parte Autora deixar de apresentar o **registro da ocorrência policial, documento imprescindível para comprovação da ocorrência do acidente e do nexos de causalidade**.

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373 do CPC.

Assim, merece a presente demanda seja julgada extinta com resolução do mérito, na forma do art. 485, inciso I, da Lei Processual Civil.

DA FALTA DE NEXO DE CAUSALIDADE

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexos de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

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



Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistiu nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Portanto, como não há nexo de causalidade entre a invalidez e o suposto acidente noticiado, confia no alto grau de competência de Vossa Excelência, sendo certo que a presente demanda deverá ser julgada totalmente improcedente, com fundamento no artigo 487, inciso I, da Lei Processual Civil.

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

CUITE, 30 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/12/2020 15:23:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120215231321900000035667633>
Número do documento: 20120215231321900000035667633