



Número: **0800006-87.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **02/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>OSMAR TRIBUTINO PEREIRA (AUTOR)</b>	<b>JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)</b> <b>ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>
<b>RAFAEL LARA DE FREITAS (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36845 075	19/11/2020 11:32	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
36845 078	19/11/2020 11:32	<a href="#"><u>2692052_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
36845 082	19/11/2020 11:32	<a href="#"><u>2692052_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:32:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911322389700000035166849>  
Número do documento: 20111911322389700000035166849

Num. 36845075 - Pág. 1



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, 03 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190669806**      **Vítima: OSMAR TRIBUTINO PEREIRA**

**Data do Acidente: 20/06/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), OSMAR TRIBUTINO PEREIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15183039

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, 18 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190669806**      **Vítima: OSMAR TRIBUTINO PEREIRA**

**Data do Acidente: 20/06/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), OSMAR TRIBUTINO PEREIRA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: OSMAR TRIBUTINO PEREIRA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 237**

**Agência: 000002340-0**

**Conta: 000001000160-9**

**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, retorno 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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **530.886.624-49** 3 - CPF da vítima: **530.886.624-49** 4 - Nome completo da vítima: **Osmar Tributino Pereira**

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

5 - Nome completo: **Osmar Tributino Pereira** 6 - CPF: **530.886.624-49**  
 7 - Profissão: **Recluso** 8 - Endereço: **R- Algadão 10a Praia** 9 - Número: **SN** 10 - Complemento:   
 11 - Bairro: **Mangabeira** 12 - Cidade: **João Pessoa** 13 - Estado: **PB** 14 - CEP: **58059-804**  
 15 - E-mail: **(83)98063-4900**

### DADOS CADASTRAIS

BODOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Sómente 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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **2340**

CONTA: **1000 160**

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar no 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.

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

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

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IMI 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, com atendendo devidamente ao meu submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 29, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

### INVALIDEZ PERMANENTE

23 - Estado Civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo

24 - Data de óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim  Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:  Falecidos:

30 - Vítima deixou

maçônico(a) ou nascar(a):

Sim

Não

31 - Vítima:

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:  Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer renúncia 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.

### NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/s pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/s pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/s pedido

40 - Local e Data:

*João Pessoa - PB 02/12/19*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

### TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:32:24

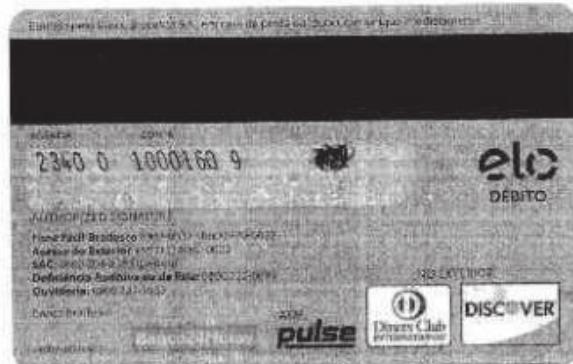
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911322438300000035166852

Número do documento: 20111911322438300000035166852

Num. 36845078 - Pág. 3



CP



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:32:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011191132243830000035166852>  
Número do documento: 2011191132243830000035166852

Num. 36845078 - Pág. 4

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



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

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 07851.01.2019.1.00.401**



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07851.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:36 horas do dia 15 de julho 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 Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Osmar Tributino Pereira**, CPF nº 530.886.624-49, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, profissão Vigilante, filho(a) de Maria Cirilo da Conceição e Joaquim Tributino Pereira, natural de Pirpirituba/PB, nascido(a) em 15/11/1968 (50 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Algodão da Praia, N° S/N, complemento QUADRA-255, LOTE-478, MANGABEIRA VIII, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Próximo Ao Ponto Final 514, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98828-1151.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Jose Feliciano, Mercadinho Central de Mangabeira VIII, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/06/19 01:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 20/06/2019, POR VOLTA DAS 01:00 HORA, VINHA TRAFEGANDO NA RUA, JOSÉ FELICIANO, EM MANGABEIRA VII, NA MOTO DE MARCA-HONDA/CG 125 TITAN KSE, DE CORVERMELHA, ANO-2003/2003, PLACA-MMR-7832/PB, CHASSI: 9C2JC30213R6283341, CRLV EM NOME DA PESSOA RIVALDO ALBUQUERQUE SALES, VENDO A COLIDIR EM UM VEÍCULO CHEVROLET CELTA DE PLACA NQJ-6186/PB, QUANDO FOI VÍTIMA DE COLISÃO CARRO X MOTO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU, PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRAS GOVERNADOR TARCISIO BURITY, APÓS ATENDIMENTO, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, SENDO CIRURGIADO NO DIA 26/06/2019, DE ACORDO COM O CID: S43.1 E T14.9, TENDO ALTA MÉDICA NO DIA 28/06/2019, PELO MÉDICO JOÃO PAULO SOUTO CASADO.

Sendo o que havia a constar, cientificado(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.

João Pessoa/PB, 15 de julho de 2019.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

OSMAR TRIBUTINO PEREIRA  
Noticiante

Procedimento Policial: 07851.01.2019.1.00.401

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:32:24  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911322438300000035166852  
Número do documento: 20111911322438300000035166852

Num. 36845078 - Pág. 5



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: *Osmar Tributino Pereira*

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

5 - Nome completo: *Osmar Tributino Pereira* 6 - CPF: *530.886.624-49* 7 - Profissão: *Recluso* 8 - Endereço: *R- Algadão 10a Praia* 9 - Número: *SN* 10 - Complemento: *11 - Bairro: Mangabeira 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58059-804 15 - E-mail: (83)98063-4900*

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Sómente 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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: *2340*

CONTA: *1000 160*

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar no 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.

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

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

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IMI 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, com atendendo devidamente ao meu submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 29, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

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

23 - Estado Civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo

24 - Data de óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:  Falecidos:

30 - Vítima deixou

maçônico(s) ou nascer(s):

Sim

Não

31 - Vítima:

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:  Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

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

MORTE

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/s pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/s pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/s pedido

40 - Local e Data:

*João Pessoa - PB 02/12/19*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

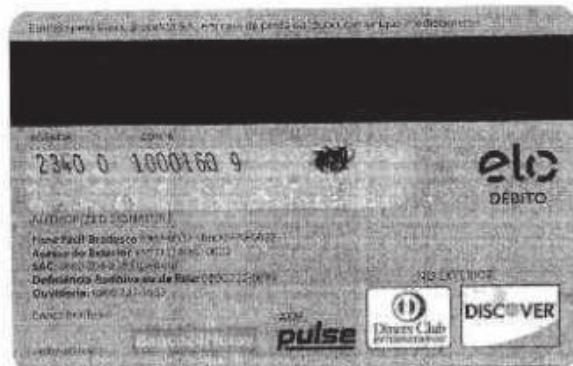
*Osmar Tributino Pereira*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PPS.001 V002/2019

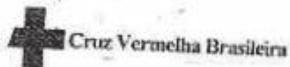
43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:32:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911322438300000035166852>  
Número do documento: 20111911322438300000035166852

Num. 36845078 - Pág. 10



RUA PEDRO GONDIM, S/N -- CNES: 122343 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 1171815



Identificação do paciente				
ID 1353057	Nome OSMAR TRIBUTINO PEREIRA			Sexo Masculino
Data de nascimento 15/11/1968	Idade 50 anos 7 meses 18 dias	Estado civil	Religião	Prontuário 116433
Mãe MARIA CIRILO DA CONCEICAO	Pai JOAQUIM TRIBUTINO PEREIRA			
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Celular 83	Celular 99987422	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1742518	Nº Cns 700004214275505		
Local de procedência MANGABEIRA				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade CAMPINA GRANDE	UF PB		
CBO/R				
dereço				
CEP 58059804	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ALGODÃO DA PRAIA	
Número 255	Complemento	Bairro MANGABEIRA		
Admissão				
Data e Hora 20/06/2019 04:03:11	Número da pulseira <b>1000007702470</b>	Convênio: SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Véio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou			
nais Vitais				
PA X	mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
Dados clínicos				
ECG []				
Ultrasonografia []				
Diagnóstico				
Atendido por MARCIO MACEDO DA SILVA				
CID				
Tempo 39seg				
[Imprimir]				



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02340-0

CONTA: 000001000160-9

---

Nr. Autenticação

BRADESCO1312201905000000000023702340000001000160168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:32:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911322438300000035166852>  
Número do documento: 20111911322438300000035166852

Num. 36845078 - Pág. 9







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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

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

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

### 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 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 nele, 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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024.91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Osmar Tributino Pereira inscrito (a) no CPF sob o N° 530.886.624.49,  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Osmar Tributino Pereira  
inscrito (a) no CPF sob o N° 530.886.624.49, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

Recuso informar

Declaro, ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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>Mangabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>
E-mail:	<u>(83)986634900</u>						

Local e Data:

João Pessoa - PB 02/11/19

Assinatura do Declarante



PatientID:	000000082454	Sex:	Masculino
PatientName:	OSMAR TRIBUTINO PEREIRA	BirthDate:	15.11.1968
		Age:	50a.
			

HTOP



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:32:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911322438300000035166852>  
Número do documento: 20111911322438300000035166852

Num. 36845078 - Pág. 13



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE Osmar Tributino Pereira

DATA DE NASCIMENTO 15/11/68

NOME DA MÃE Maria Cirilo da Conceição

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 116433

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1171815

DATA DO ATENDIMENTO 20/06/19

HORA DO ATENDIMENTO 04:03

MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto

DIAGNÓSTICO (S) Luxação acromioclavicular E.

CID 10 S43.1

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, Encaminhado do Ortotrauma, com história de acidente de moto, no dia 19/06/19, refere dor em ombro esquerdo, sem outras queixas, glasgow 15, movimenta os 4 membros, dor a palpação em ombro esquerdo. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX tórax, ombro E

USG(fast)

### RESULTADOS DOS EXAMES:

RX: luxação acromioclavicular E.

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de LAC

ALTA HOSPITALAR: 28/06/19

DATA DA EMISSÃO: 14/10/19

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce

CRM: 3323/PB

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





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Documento de Alta

<b>Nome:</b> OSMAR TRIBUTINO PEREIRA	<b>Número Prontuário:</b> 116433		
<b>Data de Nascimento:</b> 15/11/1968	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 20/06/2019 10:03:06	<b>Data de Alta:</b> 28/06/2019 06:52:26
<b>Motivo da alta:</b> ALTA MEDICA			
<b>Conduta:</b> conduta=ALTA APOS TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDA			
<b>Resumo da Internação:</b> resumoInternacao=Data de Entrada : 20/06/2019, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DIAGNOSTICO DE LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDA, REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO POR DR. SANTINO, SEM INTERCORRENCIAS			
<b>Resultado de Exames:</b> resultadoExames=NO PRONTUÁRIO			
<b>Tratamento:</b> tratamento=TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR ESQUERDA			
<b>Diagnóstico:</b> S43,1 - Luxação da articulação acromioclavicular			
<b>Encomendações:</b> Encomendações=ORIENTAÇÕES, IMOBILIZAÇÃO, RECEITA MEDICA, CURATIVO DIARIO NO PSF, ATESTADO RETORNO AO LTOP COM DR SANTINO			

Data: 28/06/2019

JOAO PAULO SOUTO CASADO  
CRM: 11596 - PB

Dr. Joao Paulo Souto Casado  
CRM-PB 11596  
Data: 28/06/2019

Dr. Heisenberg Almeida  
DENTISTA EMERGÊNCIA ORTOPEDICO-ORAL  
CRM-PB 6229  
CNS: 980016277284148





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

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

Boletim de Atendimento: 1171815



Identificação do paciente				
ID 1253057	Nome OSMAR TRIBUTINO PEREIRA			Sexo Masculino
Data de nascimento 15/11/1968	Idade 50 anos 7 meses 5 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mae MARIA CIRILO DA CONCEICAO	Pai JOAQUIM TRIBUTINO PEREIRA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)			
DDD Celular 83	Celular 99987422	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 1742518	Nº Cns 700004214275505		
Local de procedência HOSPITAL DE TRAUMA TARCISIO BURITY (ORTOTRAUMA)				Tipo UNIDADESAUDE
Email	Naturalidade CAMPINA GRANDE	UF PB CBOR		
Endereço				
CEP 58059804	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro ALGODÃO DA PRAIA	
Número 255	Complemento	Bairro MANGABEIRA		
Admissão				
Data e Hora 20/06/2019 04:03:11	Número da pulseira <b>1000007702470</b>	Conselho SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte AMBULANCIA	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos:				
Diagnóstico				
Atendido por MARCIO MACEDO DA SILVA				CID
				Tempo 39seg
Imprimir				

20/06/2019 04:00



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:32:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911322438300000035166852>  
 Número do documento: 20111911322438300000035166852

Num. 36845078 - Pág. 16



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	
<b>OSMAR TRIBUTINO PEREIRA</b>	1171815	20/06/2019 04:03:11	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Data Baixa
15/11/1968	50a 7m 5d	Masculino	
Mãe		CNS	Telefone de Contato
<b>MARIA CIRILO DA CONCEICAO</b>		700004214275505	(83) 99987422
Endereço	Bairro	Município	Prontuário
<b>ALGODÃO DA PRAIA, 255</b>	<b>MANGABEIRA</b>	<b>JOAO PESSOA</b>	
Acidente	Motivo	Profissional	UF
<b>VEICULO X MOTO</b>	<b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	<b>WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES</b>	<b>PB</b>
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	Nº Cons. Regional
20/06/2019 04:03:11		20/06/2019 08:43:20	3359/PB

## ANAMNESE

PACIENTE PROVENIENTE DO TRAUMINHA, TRAZIDO PELA AMBULANCIA DO HOSPITAL, COM HISTORIA DE COLISAO MOTO X CARRO ÀS 23:30H DO DIA 19/06, REFERE USO DE CAPACETE. NEGA INGESTA ALCOOLICA. NEGA TCE, VOMITOS, DESMAIO. NO MOMENTO REFERINDO DOR EM OMBRO ESQUERDO, NEGA ALERGIAS, NEGA PATOLOGIAS DE BASE. INFORMA QUE FOI ARREMESSADO APOS COLISAO. AO EXAME: A: VIA AEREA PERTURBADA, SEM COLAR CERVICAL, NEGA CERVICALGIA AO EXAME B: EUPNEICO, TORAX COM EXPANSIBILIDADE SIMETRICA, NAO PALPO CREPTACOES. NEGA DOR A PALPACAO DE ARCOS COSTAIS. C: NORMOCORADO, EXTREMIDADES BEM PERFUNDIDAS, ABDOME GLOBOSE, FLACIDO, INDOLOR. PELVE ESTAVEL D: GLASGOW 15, MOVIMENTA OS 4 MEMBROS E: DOR A PALPACAO DE OMBRO ESQUERDO. AUSENCIA DE LESAO CUTANEA COM SANGRAMENTO ATIVO. AVALIADO NO SOLICITO RX DE OMBRO ESQUERDO / FAST / RX DE TORAX PARECER DA ORTOPEDIA OBSERVAÇÃO CIRURGIA GERAL ALTA CIRURGIA GERAL.

→ *APÓS REAVALIAÇÃO.*

## Conduta

Em observação

OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

Walter Luiz B. Alves

CRM 3359

CPF: 1236.722.854-7

WALTER LUIZ BANDEIRA ALVES  
(: 3359/PB)

Relatório registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 20/06/2019 04:03:50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:32:24

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911322438300000035166852>

Número do documento: 20111911322438300000035166852

Num. 36845078 - Pág. 17



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	OSMAR TRIBUTINO PEREIRA	BAE	20/06/2019 04:03:11	Data Baixa
Data de nascimento	15/11/1968	Idade	CNS	Telefone de Contato
Mãe	MARIA CIRILO DA CONCEICAO	Sexo	700004214275505	(83) 99987422
Endereço	ALGODÃO DA PRAIA, 255	Bairro	MANGABEIRA	Prontuário
Acidente	VEICULO X MOTO	Município	JOAO PESSOA	UF
Data/Hora Classificação	20/06/2019 04:03:11	Motivo	PROFISSIONAL	PB
		ACIDENTE DE MOTOCICLETA	REMO SOARES DE CASTRO	Nº Cons. Regional
			Data/Hora Prescrição	2447/PB
			20/06/2019 09:34:59	

## ANAMNESE

→ paciente encaminhado de mangabeira com LAC no ombro esquerdo, visto rx e exame físico confirmado, internado para tratamento cirúrgico, colado imobilização MJ a esquerda.

## ETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

DIETA, VIA ORAL

## MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 500,0 MG VIA ORAL, 6/6H.  
 OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 20,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA  
 TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, 12/12H  
 TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, 12/12H

## CUIDADOS

SSVV + CCGG

## EXAME LABORATORIAL

HEMOGRAAMA COMPLETO

COAGULOGRAAMA COMPLETO

ICOSE

REIA

## Conduta

Em observação

OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

12/12h  
 Remo Soares  
 033 002447  
 Unimed JP

REMO SOARES DE CASTRO  
 (2447/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 20/06/2019 04:03:50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:32:24

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911322438300000035166852>

Número do documento: 20111911322438300000035166852

Num. 36845078 - Pág. 18



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
OSMAR TRIBUTINO PEREIRA	1171815	20/06/2019 04:03:11	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
15/11/1968	59a 7m 5d	Masculino	(83) 99987422
Mãe		700004214275505	Prontuário
MARIA CIRILO DA CONCEICAO			
Endereço	Bairro	Município	UF
ALGODÃO DA PRAIA, 255	MANGABEIRA	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	THIAGO FARIA MENDONÇA FREITAS	10345/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
20/06/2019 04:03:11		20/06/2019 04:37:48	

## ANAMNESE

PACIENTE PROVENIENTE DO TRAUMINHA, TRAZIDO PELA AMBULANCIA DO HOSPITAL, COM HISTORIA DE COLISAO MOTO X CARRO AS 23:30H DO DIA 19/06, REFERE USO DE CAPACETE. NEGA INGESTA ALCOOLICA. NEGA TCE, VOMITOS, DESMAIO, NO MOMENTO. REFERINDO DOR EM OMBRO ESQUERDO, NEGA ALERGIAS. NEGA PATOLOGIAS DE BASE. INFORMA QUE FOI ARREMESSADO APOS COLISAO. AO EXAME: A: VIA AEREA PERTURBADA, SEM COLAR CERVICAL, NEGA CERVICALGIA AO EXAME B: EUPNEICO, TORAX COM EXPANSIBILIDADE SIMETRICA, NAO PALPO CREPTACOES. NEGA DOR A PALPACAO DE ARCOS COSTAIS. C: NORMOCORADO. MEMBROS E: DOR A PALPACAO DE OMBRO ESQUERDO, AUSENCIA DE LESAO CUTANEA, COM SANGRAMENTO ATIVO. AVALIADO NO SOLICITO RX DE OMBRO ESQUERDO / FAST / RX DE TORAX PARECER DA ORTOPEDIA OBSERVAÇÃO

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)  
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)  
ULTRASSONOGRAFIA - FAST

## CID10

T14.9 - Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

THIAGO FARIA MENDONÇA FREITAS  
(CRM: 10345/PB)Thiago F. Mendonça  
Residente Ortopedista  
CRM-PB 10345Thiago F. Mendonça  
Residente Ortopedista  
CRM-PB 10345

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 20/06/2019 04:03:50

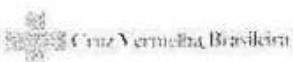


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:32:24

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911322438300000035166852>

Número do documento: 20111911322438300000035166852

Num. 36845078 - Pág. 19



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

INTERNO, S/N -  
CNES: 454547 - Tel:



Impresso por: JOAO PAULO  
SOUTO CASADO  
Em: 25/06/2019 08:31:42

...JUAR TRIBUTINO PEREIRA		Boletim de Atendimento 1171815	Data/Hora Entrada 20/06/2019 04:03:11	Data/Hora Saída
DATA DE NASCIMENTO 15/11/1968	IDADE 50	SEXO Masculino	CNS 700004214275505	PRONTUÁRIO 116433
TEMPO DE INTERNACAO 4d 22h 28min		CONVÉNIO SUS		PLANTÃO DIURNO
DATA DE ENTRADA 20/06/2019 04:03:11		PERMANÊNCIA NA UNIDADE: 5d 4h 28min		PERMANÊNCIA NO LEITO: 4d 15h 22min

### INSTRUÇÃO MÉDICA (JOAO PAULO SOUTO CASADO - 25/06/2019 08:22:57)

EVOLUÇÃO:

EVOLUIMENTO:

PROJEÇÃO DA EVOLUÇÃO:

WIKIOPEDIA:

# LAC DE OMBRO ESQUERDO

INCIDENTE E VOLUIU SEM QUÉIXAS

ELA DIETA, ELIMINAÇÕES PRESENTES, SONO E REPOUSO PRESERVADOS

EXAMES CIRÚRGICO OK

RESPIRATÓRIO OK

GUARDA AGENDAMENTO

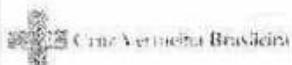
VPM

POSTO IB - ENF 14 Leito: LEITO - 001

Responsável pela informação: JOAO PAULO SOUTO CASADO

Dr. João Paulo Souto Casado  
MÉDICO  
Número Conselho: 11598





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena

INTERNO, S/N -  
CNES: 454547 - Tel.:



Impresso por: JOAO PAULO  
SOUTO CASADO  
Em: 22/06/2019 06:49:24

	Bolema de Atendimento 1171815	Data/Hora Entrada 20/06/2019 04:03:11	Data/Hora Saída
	Sexo Masculino	CNS 700004214275505	Prontuário 116433
	Convênio SUS		Plantão NOTURNO
Data de Entrada 20/06/2019 04:03:11	Data Internação 20/06/2019 10:03:06	Permanência na Unidade: 2d 2h 46min	Permanência no Leito: 1d 13h 40min

**Evolução Médica (JOAO PAULO SOUTO CASADO - 22/06/2019 06:49:08)**

100% URG

ACUTIZADA

# LAC DE OMBRO ESQUERDO

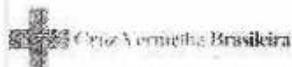
PACIENTE EVOLUIU SEM QUEIXAS  
ACEITA DIETA, ELIMINAÇÕES PRESENTES, SONO E REPOUSO PRESERVADOS

ISO CIRURGICO

*Dr. João Paulo S. Casado*  
CRM-PB 11598  
Número Conselho: 11598

LEITO - 00  
Data: 22/06/2019 06:49:08  
Informações: JOAO PAULO SOUTO CASADO





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

INTERNO, S/N -  
CNES: 454547 - Tel:

Impresso por: JOAO PAULO  
SOUTO CASADO  
Em: 21/06/2019 06:36:27

Nº 1 JOAO PAULO SOUTO CASADO		Boletim de Atendimento 1171815	Data/Hora Entrada 20/06/2019 04:03:11	Data/Hora Saída
Data de nascimento: 15/11/1988	Idade: 50	Sexo: Masculino	CNS 700004214275505	Prontuário 115433
Tempo de Internação 20h 33min		Convênio: SUS		Plantão: NOTURNO
Data de Entrada 20/06/2019 04:03:11	Data Internação 20/06/2019 10:03:06	Permanência na Unidade: 1d 2h 33min		Permanência no Leito: 13h 27min

PA. DE FICHA MÉDICA (JOAO PAULO SOUTO CASADO - 21/06/2019 06:33:20)

EVOLUÇÃO:

PROCEDIMENTOS:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

ORTOPEDIA

# LAC DE OMBRO ESQUERDO

PACIENTE EVOLUIU SEM QUEIXAS  
ACEPTEU DIETA, ELIMINAÇÕES PRESENTES, SONO E REPOUSO PRESERVADOS

SEÇÃO: SEÇÃO CIRÚRGICO

OC: VELA

Seção: POSTO 13 - ENF 14 - Leito: LEITO - 001  
Profissional responsável pela informação: JOAO PAULO SOUTO CASADO

Dr. João Paulo S. Casado  
CRM-PB 11598  
CRM-PE 11598  
Número Conselho: 11598



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:32:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911322438300000035166852>  
 Número do documento: 20111911322438300000035166852

Num. 36845078 - Pág. 22



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

00000000000000000000000000000000

NOME: OSMAR TRIBUTINO PEREIRA BE/PRONTUÁRIO 1171815  
IDADE:   SEXO:  MASC  FEM COR:   DATA: 26/6/2019  
CLÍNICA /SETOR: ORTOPEDIA EMP:   LR:    
CIRURGIA: TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO ACROMIO CLAVICULAR ESQUERDO  
CIRURGIÃO: DR SANTIN 1º ASS: MR2 DANIEL  
2º ASS:   3º ASS:    
INSTRUMENTADOR:   ANESTESISTA:    
TIPO DE ANESTESIA: BLOQUEIO+ SEDAÇÃO HORÁRIO INÍCIO:   TÉRMINO:  

DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO	CID
<u>LAC ESQUERDA</u>	<u>S420</u>

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	CÓDIGO
<u>TRATAMENTO CIRURGICO DE LAC ESQUERDA</u>	

ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO:  SIM  NÃODESCRIÇÃO:  BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO:  SIM  NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

 ENFERMARIA  
   
 RESIDÊNCIA

TERAPIA INTENSIVA

ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICOMÉDICO/CRM:  DATA: 26/6/2019

*Daniel Conserva Arruda*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 11134

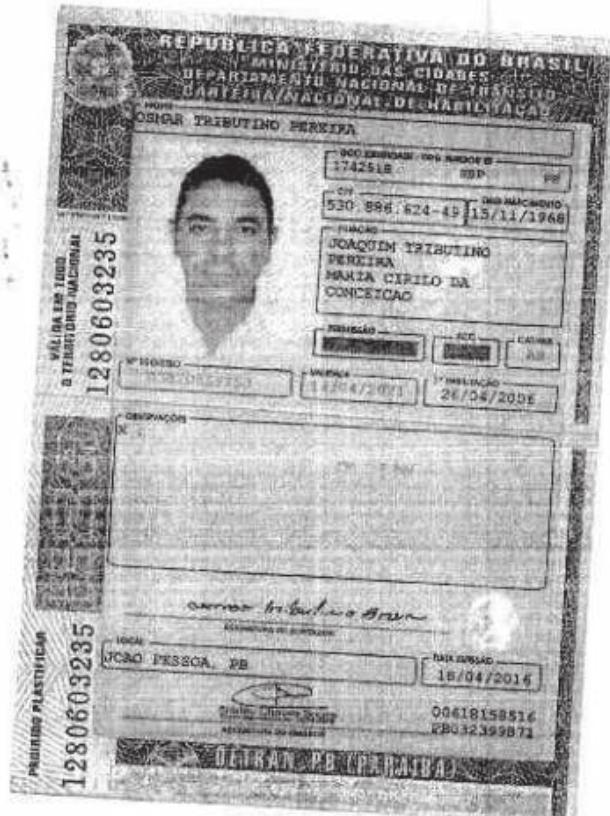


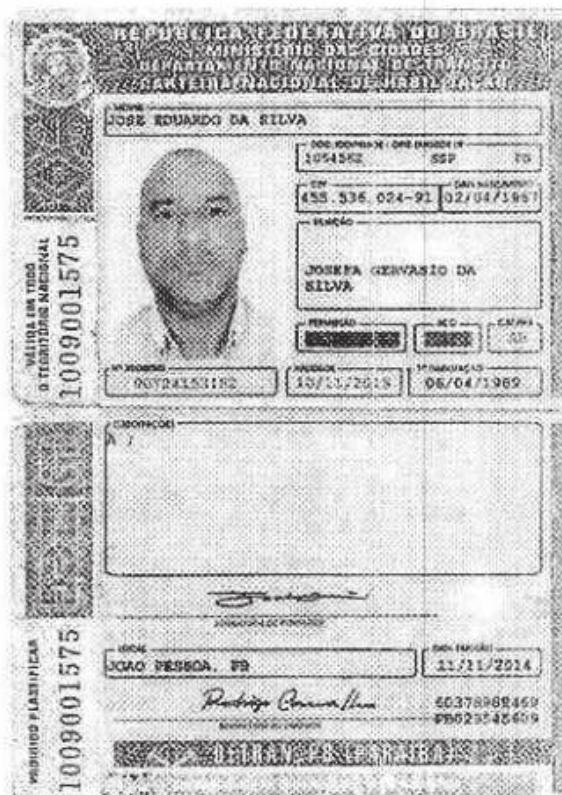
卷之三

96-0619 19.00 1920. Fri 13-10









Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:32:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911322438300000035166852>  
Número do documento: 20111911322438300000035166852

Num. 36845078 - Pág. 28

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190669806      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** OSMAR TRIBUTINO PEREIRA      **Data do acidente:** 20/06/2019      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 09/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 11/12/13/17\_CIRURGIA

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190669806      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** OSMAR TRIBUTINO PEREIRA      **Data do acidente:** 20/06/2019      **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 09/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** LUXAÇÃO ACRÔMIO CLAVICULAR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 11/12/13/17\_CIRURGIA

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PROCURAÇÃO

Outorgante: Osmar Tributino Pereira, brasileiro(a), estado civil homem casado, profissão funcionário, residente e domiciliado à Rua Algodão da Freia, nº 514, bairro Manoel Gomes, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep 53020-000, portador(a) do RG nº 174.251.8, SSP/ PB e CPF nº 530.886.624-49.

Outorgado: João Pedro da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Ag. F. de Souza Quarte, nº 15F, bairro Manoel Gomes, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep 53025-634, portador (a) do RG nº 10.545.62, SSP/ PB e CPF nº 455.536.024-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Osmar Tributino Pereira, ocorrido em 20/10/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza invalidez.

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

João Pessoa, 30 de Novembro de 2019.

  
Osmar Tributino Pereira  
Outorgante  
CPF Nº 530.886.624-49

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0426960/19

**Vítima:** OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

**CPF:** 530.886.624-49

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 20/06/2019

**Titular do CPF:** OSMAR TRIBUTINO PEREIRA

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

#### OSMAR TRIBUTINO PEREIRA : 530.886.624-49

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/12/2019  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:32:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911322438300000035166852>  
Número do documento: 20111911322438300000035166852

Num. 36845078 - Pág. 32



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

**Processo: 08000068720208152003**

**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 **OSMAR TRIBUTINO PEREIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, 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, qual seja **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Inválidez 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 a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, 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, 17 de novembro de 2020.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:32:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911322481800000035166856>  
Número do documento: 20111911322481800000035166856

Num. 36845082 - Pág. 1

**15477 - OAB/PB**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/11/2020 11:32:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111911322481800000035166856>  
Número do documento: 20111911322481800000035166856

Num. 36845082 - Pág. 2