



Número: **0877061-57.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **27/11/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JUDIVAN COSTA JORGE (AUTOR)	JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38491 792	18/01/2021 19:56	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
38491 794	18/01/2021 19:56	<a href="#"><u>2692225_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
38491 796	18/01/2021 19:56	<a href="#"><u>2692225_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 19:56:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011819565124600000036705092>  
Número do documento: 21011819565124600000036705092

Num. 38491792 - 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, 07 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190621941**      **Vítima: JUDIVAN COSTA JORGE**

**Data do Acidente: 16/06/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

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

**Senhor(a), JUDIVAN COSTA JORGE**

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 15076583

Pag. 01803/01804 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020902



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 19:56:53  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011819565242400000036705094>  
Número do documento: 21011819565242400000036705094

Num. 38491794 - 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, 28 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190621941**      **Vítima: JUDIVAN COSTA JORGE**

**Data do Acidente: 16/06/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JUDIVAN COSTA JORGE**

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 joelho 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: JUDIVAN COSTA JORGE**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000000036**

**Conta: 0000097309-0**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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 - N° do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima:  083.683.274-40 4 - Nome completo da vítima:  Júdivan Costa Jorge

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:  Júdivan Costa Jorge  
6 - CPF:  083.683.274-40  
7 - Profissão:  Júdico  
8 - Endereço:  R. Prof. Barreto  
9 - Número:  58  
10 - Complemento:   
11 - Bairro:  Mandacaru  
12 - Cidade:  João Pessoa  
13 - Estado:  PB  
14 - CEP:  58030-204  
15 - E-mail:  (83) 986634900

### DADOS CADASTRAIS

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:  0036

CONTA:  97.309

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

### 22 - 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde 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 do 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 <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
teve filhos?		residuo/valecrase?	teve Irmãos?		pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta conciliação, 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.

34

Reputação  
digna de  
confiança  
e competência  
para assinar.

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

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

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

40 - Local e Data:

Joaõ Pessoa - PB 05/11/19  
Júdivan Costa Jorge

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
TNA: sorteios de segunda-feira a sábado. Apesar  
291-467074301-4  
18/OUT/2019 HORA DF 14:35:12  
LOT. 13.004572-1 TERM 018595  
LOCALIDADE: JOAO PESSOA  
AG. VINCULADA: 0036 CONTRUILE: 291402848  
COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUPO CAIXA FÁCIL  
NOME: JUDIVAN COSTA JORGE  
AGÊNCIA: 0036  
OPERAÇÃO: 013  
CONTA-DV: 000.000.097.300-0  
DATA DA ABERTURA: 18/10/2019  
LOTERIAS CAIXA  
291-467074301-4  
1<sup>9</sup> VIA 3830 Série





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



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**

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

### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 12326.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 12326.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:30 horas do dia 23 de outubro 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 Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Judivan Costa Jorge**, CPF nº 083.683.274-40, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Estudante, filho(a) de Giselda Costa dos Santos Jorge e Jacildo Martins Jorge, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 21/05/1997 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Professor Barroso, Nº 58, bairro Bairro dos Estados, tendo como ponto de referência Por Trás da Internal das 05 Bocas, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98858-9124.

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

Local: Rua. Dom Manoel Paiva, Próximo a Casa Lotérica Internal das Cinco Bocas, João Pessoa/PB, bairro Bairro dos Estados; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/06/19 04:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

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

QUE NO DIA 16/06/2019, POR VOLTA DAS 04:00 HORAS, ESTAVA TRAFEGANDO NA RUA. DOM MANOEL PAIVA, PRÓXIMO A ETERNAL, NAS CINCO BOCAS, EM MANDACARU, NA NOTO DE MARCA-I/SHINERAY XY50Q PHOENIX, DE COR-VERMELHA, ANO-2013/2014, PLACA-OEY3371/PB, CHASSI-LXYXCBL06E0635839, CRLV DA MOTO EM NOME DE JEFFERSON DE SOUZA PONTES, QUANDO FOI VÍTIMA DE COLISÃO CARRO X MOTO, SENDO SOCORRIDO PELO O SAMU, PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, SENDO ENCAMINHADO PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY, SENDO SUBMETIDO A AVALIAÇÃO MEDICA E EXAME DE IMAGEM QUE EVIDENCIOU FRATURA DOS OSSOS DA Perna ESQUERDA. REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGICO DIA 16/06/2019, COM ALTA MEDICA DIA 28/07/2019, CONFORME CERTIDÃO DE Nº 1567/2019, ASSINADA PELA MEDICA ROSSANA DE FÁTIMA ARAÚJO BARBOSA, CRM/PB 3533.

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, expço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 23 de outubro de 2019.

GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA  
Agente de Investigação

*Judivan Costa Jorge*  
JUDIVAN COSTA JORGE  
Noticiante



Procedimento Policial: 12326.01.2019.1.00.401

1/1





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:  3 - CPF da vítima:  083.683.274-40 4 - Nome completo da vítima:  Júdivan Costa Jorge

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:  Júdivan Costa Jorge 6 - CPF:  083.683.274-40

7 - Profissão:  Júdivan Costa Jorge 8 - Endereço:  R. Prof. Barreto

9 - Número:  58 10 - Complemento:

11 - Bairro:  Mandacaru 12 - Cidade:  João Pessoa 13 - Estado:  PB 14 - CEP:  58030-204

15 - E-mail:  (83) 986634900

### 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:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

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:

AGÊNCIA:  0036 CONTA:  97.309  (informar o dígito se existir)  (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:   (informar o dígito se existir)  (informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Lider 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.

### 22 - 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.154/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso descorde 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 do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:  Sim  Não 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  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar  Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou  Sim  Não   
 teve filhos?  teve irmãos?  teve avós vivos?  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta conciliação, 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.

34 -  (informar o nome da beneficiária) 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido:   
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido:

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

38 - 1º | Nome:  CPF:   
 Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:  CPF:   
 Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:  41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  43 - Assinatura do Procurador (se houver):



CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
TNA: sorteios de segunda-feira a sábado. Apesar  
291-467074301-4  
18/OUT/2019 HORA DF 14:35:12  
LOT. 13.004572-1 TERM 018595  
LOCALIDADE: JOAO PESSOA  
AG. VINCULADA: 0036 CONTRUILE: 291402848  
COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUPO CAIXA FÁCIL  
NOME: JUDIVAN COSTA JORGE  
AGÊNCIA: 0036  
OPERAÇÃO: 013  
CONTA-DV: 000.000.097.300-0  
DATA DA ABERTURA: 18/10/2019  
LOTERIAS CAIXA  
291-467074301-4  
1<sup>9</sup> VIA 3830 Série





## CERTIDÃO

Nº. 1567/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº237895 e Prontuário Nº 2019.06.1717 pertencentes ao paciente **JUDIVAN COSTA JORGE** foi atendido dia 16/06/2019 às 10h37min, vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma em membros inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 16/06/2019, 26/06/2019, 09/07/2019 e 27/07/2019. Com alta médica dia 28/07/2019.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 13 de setembro de 2019

Rossana de Fátima de A. Barbosa  
Médica de Vigilância à Saúde  
CRM-PB - 3533

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3533



# 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: 22/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JUDIVAN COSTA JORGE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000097309-0

---

Nr. da Autenticação AC99A96C599C9BB8



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 19:56:53  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011819565242400000036705094>  
Número do documento: 21011819565242400000036705094

Num. 38491794 - Pág. 9



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda via de conta.  
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/carta de etapa e débito N° 032.063.601



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Fed. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA  
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENIMENTO	TOTAL A PAGAR
OUT/2019	21/10/2019	214	28/10/2019	R\$ 183,53

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 07097.707173 6 80560000018353				
Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04				
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 50000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007097707	000000000201910	28/10/2019	R\$ 183,53	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S/N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

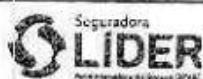


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 19:56:53

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011819565242400000036705094>

Número do documento: 21011819565242400000036705094

Num. 38491794 - Pág. 11



## 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 Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/SISUOTECAWEB/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 pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

1 SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RISSEGURO; 2 CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEDER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754-74, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário

Judivan Costa Jorge inscrito (a) no CPF sob o nº 083.683.274-40

do sinistro de DPVAT cobertura Praticidade / Damo da vítima Judivan Costa Jorge

inscrito (a) no CPF sob o nº 083.683.274-40, 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 Lider-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. 295 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Agente Fiscal José 6. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Chamigabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>	
E-mail:							Tel. (DDP):	<u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 05/11/19

Alexandria Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA. AGENCIA FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58055-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 137895 Attd: Nao Regulad  
Data: 16/06/2019  
Hora: 10:37:05  
Recepctionista: CLEBIA FERREIRA RODRIG  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JUDIVAN COSTA JORGE Num. de vezes atendido: 1  
Num. Prontuario: 2019.06.001717

CNS: SEM CNS Sexo: M CPF: 083.683.274-40 Fone: 988589124

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 21/05/1997 Id: 22 ano(s)

End.: RUA PROFESSOR BARROSO - ATE 359/360,58

Bairro: MANDACARU Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: GISELDA COSTA DOS SANTOS JORGE Pai: JACILDO MARTINS JORGE

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTUDANTE

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: MAE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO C-M EM MANDACARU EM FRENTE A ETERNAL , ERA

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispineia
Glicemica:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Vomito	

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

<input type="checkbox"/> Observacao
-------------------------------------

PACIENTE ENCAMINHADO DO TRAUMA ( FRATURA EXPOSTA?)

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*foram feitos exames complementares de trauma  
O.D. SORV. ANA GOMES*

Diagnostico

| Conduta

*ATA*

*DR. THALES F. SEABRA  
ORTOPEDISTA  
MPB 7124 TEF 313804*

Prescricao

| Horario da medicação



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

03/07/2019 - Psicologia

Realizado exame + orientações

Renata Carolina Barts  
Psicóloga  
CRP 13/5324

10/07/2019 - Realizado atendimento psicólogo

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Renata Carolina Barts Psicóloga CRP 13/5324	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia  Transferido  Desistencia  UTT  
 Alta a pedido  Enfermaria  Óbito:  Atestado  SVO

Giselle Costa dos Santos

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Med





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Judilene Costa Jorge</u>				Data da Admissão: <u>16/06/09</u>
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:	
Nome da Mãe:				
Endereço:				
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:	
Sexo: F ( ) M ( )	Cor:	Estado Civil:	Religião:	
Escolaridade:				
Data de Nascimento <u>/ /</u>				
QPD: <u>Por um mês</u>				
HBA: <u>Só ando de bicicleta, não sou muito ágil, fumo e bebo mais nada. + fumeiro e alcoólico</u>				
Medicações em uso:				
Interrogatório Sintomatológico:				
<u>Geral:</u> [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso _____ Kg em _____ [ ]Prurido [ ]Sudorese [ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Ictericia [ ]Tonturas [ ]Outros: _____				
<u>Pele:</u> _____				
<u>Cabeça e Pescoco:</u> [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe [ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: _____ Visão: _____				
<u>AR e ACV:</u> [ ]Dor _____ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise [ ]Dispnéia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema Outros: _____				
<u>ABD:</u> [ ]Dor _____ [ ]Pirosc [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas [ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume				
<u>AGU:</u> [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria [ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: _____				
<u>SME:</u> [ ]Dor _____ [ ]Rigidez pós-reposo [ ]Deformidades [ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos				
<u>SN e PSQ:</u> [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade _____ [ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor				

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

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

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

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

 HAS  DM  TB  JHEP  Dislipidemia  Banho de Rio  Casa de Taipa Trauma \_\_\_\_\_  Neo \_\_\_\_\_  Tabagismo \_\_\_\_\_ Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_  
FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

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

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

Resultados de Exames Complementares: *be Rx, confinados da*Hipóteses Diagnósticas: *fx- exponer de onar da pran*Conduta: *intens p/ the. unigono**DR. THAYARA S.*



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

<b>Nome:</b> Lindianna Costa Lacerda	<b>Registro:</b>				
Idade: 16/06/19	Sexo: F	Cor: P	Clínica:	EMP:	LR:
Data: 16/06/19 Cirurgião: Dr. Thales Seabra		2º Assistente:		1º Assistente:	
Anestesista:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Tipo Anestesia:		Horário: I:		T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
Ex: esportes de alta intensidade e Maratona					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
O membro					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
Ex: cirurgia de fratura de tibia e fíbula					
				DR. THALES F. SEABRA ORTOPEDISTA CRM-PB 7129 TEC 113 804	
Acidente durante Ato Cirúrgico	1 ( ) Sim 2 (x) Não	Descreva:			
Biópsia de Congelação:	1 ( ) Sim 2 (x) Não				
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (x) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					



## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Pos em PDP sob anestesia  
Aspirino + anti-inflam em m/c  
Aparatos de compor artícula

### Incisão:

A próx da lín

### Achados:

Ex: exalta: da tibia (e) com friso  
de microfratura extenso + fumante  
contornos em região posterior da p  
e de origem de fibular (i)

### Conduta:

Canalizar m com SF DGP-1 em abr  
técnicamente de tecido desvitalizado  
Reduzir da fratura. Com auxilio da inten  
fingers externa como fixador externo

**Fechamento:** Sutura por planos anatômicos  
Cicatriz

**OBS:** fx de controle

DR. THAÍS F. S  
CRM-PB 12.112

**Data:** 16/06/19

**MÉDICO**

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





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

<b>Nome:</b>	<i>José Luiz Costa</i>			<b>Registro:</b>	
<b>Idade:</b>	<b>Sexo:</b>	<b>Cor:</b>	<b>Clinica:</b>	<b>EMP:</b>	<b>LR:</b>
<b>Data:</b>	<b>Cirurgião:</b>			<b>1º Assistente:</b>	
<b>2º Assistente:</b>	<b>3º Assistente:</b>			<b>Instrumentador:</b>	
<b>Anestesista:</b>	<b>Tipo Anestesia:</b>			<b>Horário:</b>	<b>I:</b>
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>Fratura DG FIBIA E FIBULA Inferior d FO</i>					
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>O meus</i>					
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>					<b>CÓDIGO</b>
<i>LNC.</i>					
<b>Acidente durante Ato Cirúrgico:</b> 1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input type="checkbox"/> ) Não					<b>Descriva:</b>
<b>Biópsia de Congelação:</b> 1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input type="checkbox"/> ) Não					
<b>Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:</b> 1 ( <input type="checkbox"/> ) Enfermaria 2 ( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3 ( <input type="checkbox"/> ) Residência 4 ( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Panit. n. 001 sob anest.

Aspiração e Sut. aspiração

Aparição de corpos estranhos

### Incisão:

[Redacted]

### Achados:

Demoração de secretoas pecten  
em fragm. d. piso d. Achay

### Conduta:

Desbridamento d. parâ. d. d.  
empregos reconstit. can

### Fechamento:

Cerrado esteril

### OBS:

Data: 26/06/19

*Laura R. C. N. J.*  
Ortopedista/Transtornos  
M. e. P. e. F. e. P. e. C.  
MÉDICO/CRC



Nome: JUDIVAN COSTA JORGE			Registro:
Idade: 22	Sexo: M	Cor:	Clinica: ORTOPEDIA EMP: LR:
Data: 09 / 07 / 2019		Cirurgião: DRA. ANDREA NASRALA	
1º Assistente:		2º Assistente:	
Anestesista: DR. RENE		Instrumentador:	
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>			
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA PROXIMAL ESQUERDA			
PO TARDIO DE FIXADOR EXTERNO			
CID			
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>			
O mesmo			
CID			
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>			
RETIRADA DO FIXADOR EXTERNO			
CÓDIGO			
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não			
Descreva:			
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não			
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:			
1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico			

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

**DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**



rsal sob anestesia

Schanz, da diáfise com pequena área de exposição óssea, de 1,5 cm e área granulada. Sem sinais  
condições e cicatrizadas

imento e desbridamento, retirada dos pontos de sutura  
no sem intercorrências

m janela

com comissão de pele  
e definitiva em 7 dias

/07/2019

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 5/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

<b>Nome:</b> <i>Jadison Coelho Soárez</i>				<b>Registro:</b>	
Idade:	Sexo: <i>M</i>	Cor:	Clinica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>29/07/19</i>	Cirurgião: <i>Dr. Tomás de Souza</i>	1º Assistente:			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário:	I:	T:
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<i>Desenvolvimento de tibia esquerda com fratura comovedor líquido purulento</i>				<i>M 36.6</i>	
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<i>O meior</i>					
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>				<b>CÓDIGO</b>	
<i>Transferimento venoso de desvitalizado de tibia esquerda</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim	2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não	Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim	2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: <input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria 2( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3( <input type="checkbox"/> ) Residência 4( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Posição em decúbito dorsal com mesa fria  
Igavero + Anticrício  
+ posição de varizes meningezas cerebrais

### Incisão:

Incisão em região anterior de punha esquerda  
Dissecção por planos

### Achados:

Colo ósseo + fibraosa com gema + líquido  
purulento

### Conduta:

Desbridamento de tecidos desvitalizados  
Cauterização óssea  
Limpzeza exaustiva com SF e 0,9%  
Retirada de fragmentos ósseos infectados  
Desbridamento subóssseo da fratura  
Aproximação de fráctura interna liberado para fixação  
Novo enxerto exaustivo com SF e 0,9%.

### Fechamento:

Sutura por planos

Castorino com gumes e compressores

PX conforto

### OBS:

Assinatura de A. R. Filho  
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PB 15747/RQE 524

MÉDICO/CRM

Data: 27/07/19



# JUDIVAN COSTA JORGE

FILIAÇÃO.....: JACILDO MARTINS JORGE  
                  GISELDA COSTA DOS SANTOS JORGE  
NASCIMENTO....: 21/05/1997                   SEXO: MASCULINO  
ESTADO CIVIL...: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: JOÃO PESSOA - PB  
DOCUMENTO....: C. I. 3830606 11/02/2010 SSDS PB

LEI N° 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 083.683.274-40           CNH.....:  
TIT. ELEITOR: 045664151236           SEÇÃO: 0158           ZONA: 001

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: TERE/PB - 07/01/2016

  
ABÉLIO SÉRGIO DE VASCONCELOS CORRÊA LIMA  
Regional do Trabalho e Desenvolvimento da Cidade do Pará - Subprefeitura

ASSINATURA DO EMISSOR

ASSINATURA E CARMIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARMIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARMIMBO DO SERVIDOR

L E

ASSINATURA

A. CASAMENTO	C. DIV
B. SEP. JUDICIAL	D. N



MINISTÉRIO DO TRABALHO.  
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

140.15324.91-5

NÚMERO

3027601

SÉRIE

0050

PB

Judiran Pesta Jarge

ASSINATURA DO TITULAR

VALIDO





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 19:56:53  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011819565242400000036705094>  
Número do documento: 21011819565242400000036705094

Num. 38491794 - Pág. 27

SOMMARIO



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190621941      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JUDIVAN COSTA JORGE      **Data do acidente:** 16/06/2019      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 13/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA PROXIMAL À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA CIRÚRGICA, DESBRIDAMENTO E FIXADOR EXTERNO). P.12 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	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:** 3190621941      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JUDIVAN COSTA JORGE      **Data do acidente:** 16/06/2019      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 13/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA TÍBIA PROXIMAL À ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA CIRÚRGICA, DESBRIDAMENTO E FIXADOR EXTERNO). P.12 ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO 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 DO JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0386860/19

**Vítima:** JUDIVAN COSTA JORGE

**CPF:** 083.683.274-40

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 16/06/2019

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

**Titular do CPF:** JUDIVAN COSTA JORGE

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

#### JUDIVAN COSTA JORGE : 083.683.274-40

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: 05/11/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 05/11/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB**

**Processo: 08770615720198152001**

**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 **JUDIVAN COSTA JORGE**, 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:

**DO LAUDO PERICIAL**

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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta 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,

JOAO PESSOA, 14 de janeiro de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**

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 - 18/01/2021 19:56:54  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011819565338000000036705096>  
Número do documento: 21011819565338000000036705096

Num. 38491796 - 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 - 18/01/2021 19:56:54  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011819565338000000036705096>  
Número do documento: 21011819565338000000036705096

Num. 38491796 - Pág. 2