



Número: **0801110-23.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ROSENILDO PEREIRA DA SILVA (AUTOR)	FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
43852 065	31/05/2021 12:49	<u>Alegações Finais</u>	Alegações Finais
43852 067	31/05/2021 12:49	<u>2696006_ALEGACOES_FINALS_Anexo_02</u>	Outros Documentos
43852 068	31/05/2021 12:49	<u>2696006_ALEGACOES_FINALS_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 31/05/2021 12:49:50
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21053112494863300000041698526>
Número do documento: 21053112494863300000041698526

Num. 43852065 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190620138 Vítima: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 20/07/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 (trinta) dias, 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 n° 15060616



00165/00166 - Carta 01 - INVAI IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 31/05/2021 12:49:52
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2105311249519390000041698527>
Número do documento: 2105311249519390000041698527

Núm. 43852067 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190620138 Vítima: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 20/07/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

Informamos que o pagamento da inde

informações abaixo:

Saldo: R\$ 675,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalides Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =

Rebedor: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000000904

Conta: 000000011859-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o

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

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:

Seguradora Lider-DPVA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:

154 190 764-20 Rosenilda Pereira da Silva

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

5 - Nome completo:

Rosenilda Pereira da Silva

6 - CPF:

154 190 764-20

7 - Profissão:

Recepcionista

8 - Endereço:

R. São Francisco.

9 - Número:

200

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Frei Jeze de Maio

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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
 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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 0904	AGÊNCIA: _____
CONTA: 00011859	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
	(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vániaco): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34
Impressão
digital da
víma ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data:

João Pessoa, 21/01/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



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



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 12247.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e à requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 12247.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:02 horas do dia 21 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 Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Rosenildo Pereira da Silva**, CPF nº 754.190.764-20, RG nº 296846697 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Serviços Gerais, filho(a) de Maria Nazare Pereira da Silva e José Vicente da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 29/06/1970 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. São Francisco, Nº 200, complemento Casa, bairro Treze de Maio, tendo como ponto de referência Próximo Ao Hospital, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98630-7471.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Auto Escola Rainha da Paz, João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/07/19 20:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia sua motocicleta, HONDA/CG 125 FAN, ano/mod. 2008, Cor: Preta, placa: MNY9393/PB, - Chassi: 9C2JC30708R146226, na Av. Sergio Guerra próximo a Auto Escola Rainha da PAZ sentido Bancário/Castelo Branco, quando foi surpreendido por outro veículo uma motocicleta, que colidiu do lado direito do veículo do noticiante evadindo-se do local, fazendo com que o mesmo caisse ao solo, e logo após foi conduzido por uma viatura da PM, até o Hospital Complexo Hospitalar - Mangabeira - Gov. Tarcisio Buriti, sendo atendido onde apresentou trauma em falange distal de 2º quirodáctilo direito, sendo submetido a avaliação médica e exame de imagem. Conforme CERTIDÃO Nº 1317/2019 emitida pela Dra. Rosangela M. Escorel Almeida - Médica Intensivista CRM: 3883.

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, 21 de outubro de 2019.

ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 12247.01.2019.1.00.401

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 31/05/2021 12:49:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21053112495193900000041698527>
Número do documento: 21053112495193900000041698527

Num. 43852067 - Pág. 4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:

154 190 764-20

Rosinilda Pereira da Silva

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

5 - Nome completo:

Rosinilda Pereira da Silva

6 - CPF:

154 190 764-20

7 - Profissão:

Recepcionista

8 - Endereço:

R. São Francisco.

9 - Número:

200

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Frei Jeze de Maio

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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
 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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: 0904	AGÊNCIA: _____
CONTA: 00011859	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
	(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vániaco): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34
Impressão
digital da
víma ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

40 - Local e Data,

João Pessoa, 21/01/2019

X Rosinilda Pereira da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





CERTIDÃO

Nº. 1317/2019

Atendendo solicitação de ROSENILDO PEREIRA 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 Nº246716 pertencentes ao paciente que foi atendido dia 20/07/2019 às 21H11min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em falange distal de 2º quirodáctilo direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou amputação traumática em 2º quirodáctilo direito.

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

João Pessoa, 12 de agosto de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



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

Ficha Nr: 246716 Atd: Nat
Data: 20/07/2019
Hora: 21:11:11
Repcionista: GILMAR DE SOUTO CAV
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.07.002484

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 29684669 Fone: 988657282

Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 29/06/1970 Id: 49 ano(s)

End.: RUA SAO FRANCISCO,200

Bairro: TREZE DE MAIO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: MARIA NAZARE PEREIRA DA SILVA

Pai: JOAO CVICENTE DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: O MESMO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO AS 20?50 HS NOS BANCARIOS

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

PACIENTE VITIMA DE AMPUYTACAO TRAUMATICA DE
FALANGE DO DEDO INDICADOR

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA (SIC)

História - Exame Físico

02010061 *02010058 (26/07)*
02010023 Paciente vítima
de amputação traumática em falange distal
em Dº Q.D. Negc vomitos; sémenpe ou mial
estava em uso de cocaína. Episódio traum
ceu há 30 min.

Prescrição

Horário da medicacão

Av de orto pedic

Paulo Marcelo F. Rangel
M.R.C. Ceará Cens
CNPJ: 00.1580



(Assinatura do médico)

Dr. Thales Coqueiro
Ortopedista Traumatologista
CRM-PB 6576

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

16/05/2021 10:00 AM

Q - Prolongar aero + LWS

*Processo e Termo de
Lacerda*

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

Q - ADRONALINA 100g C/DPAD
Q - 500 mg IV qd
Q - CEFALOXINA 1g C/DPAD

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- [] Residencia
[] Alta a pedido

- [] Transferido
[] Enfermaria [] Desistencia
Obito: [] Atestado [] SVO [] IML



Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo de identificação

*Marcio Lacerda
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 19748*



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: 13/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000011859-8

Nr. da Autenticação F1616B64706B004F



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 31/05/2021 12:49:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21053112495193900000041698527>
Número do documento: 21053112495193900000041698527

Num. 43852067 - Pág. 9

extra

CTC RECIFE PE PLZ
ROSENILDO PEREIRA DA SILVA
R S FRANCISCO 200
TREZE DE MAIO
58025-290 JOAO PESSOA - PB

PC-16

721109423014260000000002630 050819

Fechamento próxima fatura: 03/09/2019

Postagem: 05/08/2019
Vencimento: 17/08/2019
Emissão: 03/08/2019**Resumo da fatura em R\$**

Total da fatura anterior	2.333,92
Pagamento efetuado em 17/07/2019	2.300,00
● Saldo financeirado	19,92
● Encargos (financiamento + multa/morávia)	6,54
● Lembargamentos ultraj.	1.742,40
Total desta fatura	1.788,62

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apresentados pela fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Titular ROSENILDO PEREIRA DA SILVA
Cartão 5274.XXXX.XXXX.9827

Para que esperar a fatura impressa chegar em casa? Mude agora para a Fatura Digital. Acesse itau.com.br/cartoes/cadastro-fatura-digital

vencimento

17/08/2019

A) pagamento total

R\$ 1.788,62

ou

B) pagamento mínimo*

R\$ 268,29
+12x 232,26

Veja outras opções de
parcelamento na
2ª folha dessa fatura.

* Você pode pagar qualquer valor acima de R\$ 268,29. O que restar para o valor total será parcelado em 12X, com encargos.

Límites de crédito R\$

B) Pagamento mínimo é o valor pago sem ser considerado como entrada de um financiamento, e o saldo restante será dividido, em parcelas iguais, com juros iguais ao do parcelamento (Parcelas Fixas) da fatura. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo para financiamento, você estará em atraso, incurringá em juros, multa e mora.

Límite total de crédito	11.400,00
Límite utilizado no mês	9.082,95
Retirada de recursos Passei-aqueci	520,00

Lançamentos: compras e saques**ROSENILDO P SILVA (final 9827)**

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR (R\$)
28/09	MERCADOPAGO	11/12 158,37
26/11	Loja 1387 - Extra 09/10 19,99	19,99
17/01	Loja 1387 - Extra 07/18 88,83	88,83
17/01	Loja 1387 - Extra 07/18 14,05	14,05
18/01	Loja 1387 - Extra 07/13 5,20	5,20
09/03	MONTAGEMIP 05/10 215,30	215,30
09/05	Loja 1387 - Extra 03/04 17,47	17,47
10/05	Loja 1387 - Extra 03/20 49,95	49,95
	TIVI/PSC - Passei Tambo	

Compra presencial
com o uso do cartão e senha.

Continua...

**Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75769 65123.082045 00094.470002 3 000**

Número do Documento 00076651230/0003690
Nome do Pagador/CPF/CNPJ ROSENILDO PEREIRA DA SILVA - 754.190.764-20
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ FINANCIERA ITAU CBO S.A - 06.881.898/0001-30
Endereço do Beneficiário PÇA ALFREDO EGÓDIO DE SOUZA ARANHA, 100, TMWS 5º A, JABAQUARA - SÃO PAULO - SP

recibo de pagador

Novo Número ETS/76651230-8
Valor do Documento R\$ 1.788,62
Vencimento 17/08/2019

Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.		341-7	34191.75769 65123.082045 00094.470002 3 000									
Linha de Pagamento:		Pague sua fatura em qualquer banco, mesmo após a data de vencimento. Da preferência ao pagamento até a data de vencimento para não gerar encargos e/ou resultado contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.										
Nome do Beneficiário: CNPJ/Endereço:		FINANCIERA ITAU CBO S.A - 06.881.898/0001-30										
PÇA ALFREDO EGÓDIO DE SOUZA ARANHA, 100, TMWS 5º A, JABAQUARA - SÃO PAULO - SP		2040/00644-7										
Data do Documento	Número do Documento	Exped. DOC.	Arqmt.	Data de Preenchimento	Nº Rec. Número							
17/08/2019	00076651230/0003690	FT	N	03/08/2019	175/76651230-8							
Valor do Recibo:	Cédula:	Exped.	Quantidade:	Valor:	Expo. Valor do Recibo:	R\$ 1.788,62						
175	R\$											
Informações de Responsabilidade do Beneficiário:												
Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". De preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (i) Pagar quantia, a partir do valor constante em "Pagamento Mínimo", financiando o restante da Fatura em parcelas iguais, com os mesmos juros de "Parcelas Fixas"; (ii) optar por uma das opções de "Parcelas Fixas" disponíveis na 2ª folha da sua fatura, pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento.												
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP:												
ROSENILDO PEREIRA DA SILVA - 754.190.764-20 R S FRANCISCO 200 - TREZE DE MAIO - 58025-290 JOAO PESSOA - PB												
Sacador Avaliado:												



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 31/05/2021 12:49:52

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21053112495193900000041698527

Número do documento: 21053112495193900000041698527

Num. 43852067 - Pág. 10

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR 230 KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA - PB - CEP - 58071-680
CNPJ: 09.095.183/0001-40 INSC. EST: 180158230

REAVISO DE CONTA

06 - 001 - 409 - 3140	B	CDC: 0000280012 - 6
PEDRO JOSE DA SILVA		
RUA DA REPUBLICA 390		
JOAO PESSOA		
Domicilio:	971 Medidor: 00008162616	Coordenadas: -7,121236, -34,889865
Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA FLACAS		





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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu Floriana do Silveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 418.019.624-69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Roxenilde Pereira do Silveira inscrito (a) no CPF sob o N° 754.190.764-30, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Roxenilde Pereira do Silveira inscrito (a) no CPF sob o N° 754.190.764-30, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua da República</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Número <u>390</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>		Estado <u>PB</u>	CEP <u>58010-180</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>(83)98873-0210</u>	Telefone celular (DDD)	

floriana do silveira de 20 de 2019
Local e Data

Floriana do Silveira

Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 31/05/2021 12:49:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21053112495193900000041698527>
Número do documento: 21053112495193900000041698527

Num. 43852067 - Pág. 12



CERTIDÃO

Nº. 1317/2019

Atendendo solicitação de ROSENILDO PEREIRA 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 Nº246716 pertencentes ao paciente que foi atendido dia 20/07/2019 às 21H11min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em falange distal de 2º quirodáctilo direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou amputação traumática em 2º quirodáctilo direito.

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

João Pessoa, 12 de agosto de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



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

Ficha Nr: 246716 Atd: Nat
Data: 20/07/2019
Hora: 21:11:11
Repcionista: GILMAR DE SOUTO CAV
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 29684669 Fone: 988657282
Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 29/06/1970 Id: 49 ano(s)

End.: RUA SAO FRANCISCO,200

Bairro: TREZE DE MAIO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: MARIA NAZARE PEREIRA DA SILVA Pai: JOAO CVICENTE DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: O MESMO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO AS 20?50 HS NOS BANCARIOS

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE AMPUYTACAO TRAUMATICA DE NECA ALERGIA MEDICAMENTOSA (SIC)
FALANGE DO DEDO INDICADOR

Historia - Exame Fisico

02010061 *02010058 (26/07)*
02010023 Paciente vitima
de amputacao traumática em dedo distal
em Iº Q.D. Negc vomitos; se náo pe ou moil
estava em uso de exposito. Episodio traum
ceu ho 20 min.

Prescricao

Horario da medicacao

Pv de orto pedic

Paulo Marcelo F. Rangel
M.R.C. Carioca Cari
CNPJ: 25.1580



(Assinatura do médico)

Dr. Thales Coqueiro
Ortopedista Traumatologista
CRM-PB 6576

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

16/05/2021 10:11:00

O - Rx para feridas Fase
para 28/05/2021.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Processo e Termo de Lacerda

Qtdel Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

O - 1 - HIDROcodone 100 mg C/DP/AD
O - 1 - 5.000 IU IM C/DP/AD
O - Cefazolin 1g C/DP/AD

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

O - Rx para feridas C/DP/AD
O - Rx para feridas C/DP/AD

DESTINO DO PACIENTE

- Residencia
 Alta a pedido

- Transferido
 Enfermaria

Desistencia
Obito:

Atestado SVO IML



Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo de Lacerda

Manoel Lacerda
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 19748





Nome:	JOSE VICTENTE DA SILVA
Sobrenome:	MARIA NAZARE PEREIRA DA SILVA
Data de Nascimento:	29/JUN/1970
Lugar de Nascimento:	DIADEMA - SP
Município:	DIADEMA
UF:	SP
RG:	CC: LV.B167/FLS.236 / N. 049583
CPF:	29.684.669-7
CEP:	25/OUT/2005
Estado:	VALIDEZ EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



CARTÃO ECONÔMICA FEDERAL		Code: PE
PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL		
Documento de Inscrição		
DEPI		
Nome do participante		
ROSENILDO PEREIRA DA SILVA		
Data de nascimento	Nome da mãe	
29/06/70	MARIA NAZARE P. DA SILVA	
Endereço: bairro - nome do bairro	CEP	Código Secretaria
C.E.F. PARATEIA		5071900-1
Endereço de origem		
RUA GALA S. BELO		
Cidade		
JOÃO PESSOA - PB		



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 31/05/2021 12:49:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21053112495193900000041698527>
 Número do documento: 21053112495193900000041698527



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 31/05/2021 12:49:52
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21053112495193900000041698527>
Número do documento: 21053112495193900000041698527

Num. 43852067 - Pág. 17

CERTIFICADO DE PRV 20190606239383-VÉHICULO

1 0095635121-2 09/00000000 2019

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES DIFERAS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

MNY9393/PB

75419076420 2019-05/06/2019

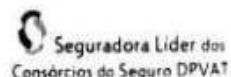
MNY9393/PB

75419076420 2019-05/06/2019



NOVO		2B	9C2JC30708R146226	MNY9393/PB
PAS/MOTOCICLETA/NRº APLIC		GASOLINA		
HONDA/CG 125 FAN				
PLACA / N.º CHV	CATEGORIA	CONTRIBUIÇÃO	DATA DE EMISSÃO	
2 P/124 /C1	PARTIC	PRETA	2008	2008
CELA UNICA	VALOR DA UNICA	VALOR DA UNICA	VALOR DA UNICA	VALOR DA UNICA
P	00/00/0000	1	00/00/0000	00/00/0000
V	PRIMARIA	2	PRIMARIA	PRIMARIA
A	*** * * *	0	*** * * *	*** * * *
PRÉVIO VALOR DO RISCO		VALOR DA UNICA	VALOR DA UNICA	VALOR DA UNICA
***** * * * * * SEGURADO		PAGAO	05/06/2019	05/06/2019
SEM RESERVA DE DOMÍNIO		OUTROS VALORES		
JOAO PESSOA-PB		05/06/2019		
41793			19551	19551-1158180-20190505
		SEGURADORA LÍDER - DPVAT		
		05/06/2019		

RECEBIMENTO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385529/19

Vítima: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 754.190.764-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/07/2019

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

Titular do CPF:

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA : 754.190.764-20

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

3190620138

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 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: 04/11/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

RENATO LUNA DIAS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190620138 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 20/07/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO E REGULARIZAÇÃO DO COTO, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 01 //

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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190620138 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 20/07/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO E REGULARIZAÇÃO DO COTO, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 01 //

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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00



PROCURAÇÃO

Outorgante: Rosendel Pereira da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão penteiro, residente e domiciliado à Rua S. Francisco, nº 200, bairro Fazenda Maior, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep.: 53010-000, portador(a) do RG nº 2916946697, SSP/PB e CPF nº 754.190.764-20.

Outorgado: Floriana da Silva Almoro, brasileiro(a), estado civil penteiro, profissão admiradeira, residente e domiciliado(a) à Rua da República, nº 310, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep.: 53010-000, portador (a) do RG nº 2671190, SSP/PB e CPF nº 04809624-69.

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) Rosendel Pereira da Silva, ocorrido em 20/09/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Processo de natureza inodidez.

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.

joao pessoa, 21, de 10 de 2019.

CARTÓRIO
JOSELO ALVES BATISTA

* Rosendel Pereira da Silva
Outorgante
CPF Nº 754.190.764-20

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385529/19

Vítima: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 754.190.764-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/07/2019

Titular do CPF: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA : 754.190.764-20

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 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: 04/11/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

RENATO LUNA DIAS





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

Processo n.º 08011102320208152001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove ROSENILDO PEREIRA DA SILVA, em trâmite perante este Duto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, **em apresentar ALEGAÇÕES FINAIS** com fulcro no art. 364, § 2º do NCPC, o que faz consubstanciado nas razões que seguem abaixo, expoendo para em seguida requerer:

Aclarado Julgador, a Seguradora ré faz uso de suas **Alegações Finais** para trazer a vosso crivo a análise da presente demanda, bem como apresentar sucintamente suas considerações referentes às suas teses de defesa.

Trata-se de caso de suposta invalidez em que a parte Autora alega ser vítima de acidente de veículo automotor, resultando assim invalidez permanente. Assim **na posse de todos os documentos** pleiteia em esfera judicial a complementação da indenização referente ao seguro DPVAT.

Ademais, a parte autora, instruiu sua exordial, sem refutar nenhum documento que possa corroborar com sua pretensão, pois deixa de demonstrar o percentual da invalidez que sustenta ser total, afrontando o disposto no art. 5º, § 5º da Lei 11.482/07.

Ocorre que o autor não apresentou LAUDO DO IML, o que só foi feito depois da propositura da ação, por determinação judicial.

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 675,00 (seiscientos e setenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 31/05/2021 12:49:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21053112495340200000041698528>
Número do documento: 21053112495340200000041698528

Num. 43852068 - Pág. 1

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.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelênciia, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 27 de maio de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 31/05/2021 12:49:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21053112495340200000041698528>
Número do documento: 21053112495340200000041698528

Num. 43852068 - Pág. 2