



Número: **0808271-15.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **17/09/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDINALDO FERREIRA DA SILVA (AUTOR)		GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO) ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34317443	15/09/2020 11:47	Petição	Petição
34317448	15/09/2020 11:47	2697264_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
34317799	15/09/2020 11:47	2697264_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190381059

Vítima: EDINALDO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDINALDO FERREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

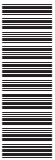
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14458562

Pag. 01167/01168 - carta_01 - INVALIDEZ

00020584





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, 07 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190381059

Vítima: EDINALDO FERREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 07/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDINALDO FERREIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **EDINALDO FERREIRA DA SILVA**

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

Banco: **001**

Agência: **000003501-7**

Conta: **0000061157-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 000.228.094-90 Nome completo da vítima: Edinaldo Feneiro da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Edinaldo Feneiro da Silva CPF: 000.228.094-90
Profissão: autônomo Endereço: Emanuel Marcos Rodrigues Número: 15 Complemento: casa
Bairro: mangabeira Cidade: João Pessoa Estado: P.B. CEP: 58059-235
E-mail: _____ Tel.(DDD): 83 99921-9283

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

RENDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brant

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 35017 CONTA: 61.1573
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.394/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

Local e Data: João Pessoa, 14-06-2019
Nome: Edinaldo Feneiro da Silva
CPF: 000.228.094-90

(*) Assinatura de quem assina A ROSTO

Edinaldo Feneiro da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura, 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03102.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03102.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:48 horas do dia 19 de março de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Inácio da Silva Neto, Agente de Investigação, matrícula 1273345, ao final assinado, compareceu **Edinaldo Ferreira da Silva**, CPF nº 000.228.094-90, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, filho(a) de Maria José Ferreira da Silva e Rivaldo Francisco da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 16/08/1976 (42 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Emanuel Mercês Rodrigues, Nº 15, complemento CASA, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Proximo a Escola Mestre Sivuca, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98641-5997.

Dados do(s) Fatos:

Local: Proximo Ao Mercado Central, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/01/19 07:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que no dia 07/01/2019 as 07:40min, foi vítima de acidente de moto na rua José Marcone Ramos da Silva, bairro Mangabeira, nesta capital/pb. Fato ocorreu quando estava guiando sua moto HONDA/XRE 300, DE PLACA QFC3197/PB, ANO/MOD 2014, VERMELHA, CHASSI. 9C2ND1110ER024336, quando de repente outra moto avançou uma placa de pare, fazendo com que colidir-se na mesma, vindo cair ao chão e socorrido para o hospital de mangabeira, la chegando foi submetido a exames de raio x e diagnosticado com fratura dos ossos da perna cid 10 S82.0, encaminhado para fazer cirurgia.

ADENDO(S):

Que na data 07/06/2019, à(s) 09:49 horas, na Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: **QUE VEIO A ACRESCENTAR QUE O DECLARANTE É PROPRIETÁRIO DA REFERIDA MOTO.** Adendo registrado por: Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula: 1565699.

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

ccil



Procedimento Policial: 03102.01.2019.1.00.401



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



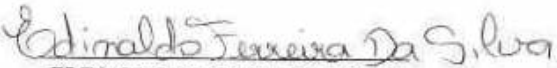
**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

João Pessoa/PB, 07 de junho de 2019.


CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação


EDINALDO FERREIRA DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 03102.01.2019.1.00.401

2/2





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 000.228.094-90 Nome completo da vítima: Edinaldo Feneiro da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Edinaldo Feneiro da Silva CPF: 000.228.094-90
Profissão: autônomo Endereço: Emanuel Marcos Rodrigues Número: 15 Complemento: casa
Bairro: mangabeira Cidade: João Pessoa Estado: P.B. CEP: 58059235
E-mail: _____ Tel.(DDD): 83 99921-9283

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

RENDA MENSAL: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Brant

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 35017 CONTA: 61.1573
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.394/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

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

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

Local e Data: João Pessoa, 14-06-2019
Nome: Edinaldo Feneiro da Silva
CPF: 000.228.094-90

(*) Assinatura de quem assina A ROSTO

Edinaldo Feneiro da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura, 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROSTO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
AV. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 903/048, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2313879, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **EDINALDO FERREIRA DA SILVA** idade 42 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Acidente de moto) no dia 07/01/2019, na R. José Marcone Ramos da Silva, Bairro: Mangabeira VIII - João Pessoa - aproximadamente às 07:55 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 19 de Março de 2019.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico
CREIS nº 10171

Jefferson da Rocha Augusto
Matricula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDINALDO FERREIRA DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03501-7

CONTA: 000000061157-3

Nr. da Autenticação 2711F26A3BAA6F42



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Este documento não tem valor fiscal.
Documento não é equivalente ao recibo.

Nº 002.095.190

Energisa

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Juv. Rio de Janeiro, 24 - Centro Industrial - Juv. Rio de Janeiro - Paraná
CEP: 81200-000 Fone: (41) 3333-1000 Fax: (41) 3333-1001

ABR/2019

08/04/2019

186

15/04/2019

5/1313928-2

R\$ 163,56

Energisa

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO
Roteiro: 04-001-036-0700

Acesse: www.energisa.com.br

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 15/04/2019

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
14 JUN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/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.

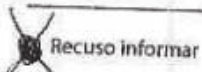
A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 Guilherme Flávio de A. Nobrega inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.97984/69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Edinaldo Ferreira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.228.094/90 do sinistro de DPVAT cobertura invalidadez / OMS da Vítima Edinaldo Ferreira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.228.094/90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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



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>Avenida João Machado</u>		Número <u>553</u>	Complemento <u>Sala 127</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58000-000</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99921-9283</u>

João Pessoa 14 de Junho de 2019
Local e Data

Guilherme Flávio de Amorim Nobrega
Assinatura do Declarante



DL0RL001 V001/2017



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: EDINALDO FERREIRA DA SILVA				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 42A	SEXO: MASC	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.: 10	LEITO: 138
DATA DE ADMISSÃO: 07/01/2019		DATA DE ALTA: 30/01/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura exposta dos Ossos da Perna</i>				CID S82.0	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx demonstrando solução de continuidade óssea em perna</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) de fratura dos ossos da perna, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta + fixação interna com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

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

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: ATB + aine + analgésico

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão, (DR. PACELIN)

30/01/2019

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

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





CERTIDÃO

Nº. 0643/2019

Atendendo solicitação de GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial nº195531 e Prontuário nº 2019.01.000716 pertencente a **EDINALDO FERREIRA DA SILVA** que foi atendido dia 07/01/2019 às 09h25min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna direita.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 29/01/2018 com alta médica dia 30/01/2018.

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

João Pessoa, 25 de abril de 2019

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

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



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

Ficha Nr: 195531 Atd: Nao Regula
Data: 07/01/2019
Hora: 09:25:45
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER SAI
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: EDINALDO FERREIRA DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
CNS: 705603467295614 Sexo: M IDENTIDADE: 1829672 Fone: 988767994
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 16/08/1976 Id: 42 ano(s)
End.: RUA EMANUEL MERCES RODRIGUES, 15
Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mãe: MARIA JOSE FERREIRA DA SILVA Pai: RIVALDO FRANCISCO DA SILVA
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: AUTONOMO Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: IRMA- ANDREA Escolaridade:
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Residência: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO EM MANG. CONDUTOR
Vitima de violência por: NAO
☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO
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

CAUSA DE MOTO
FRATURA DE MIE

Paciente trazido pelo ALM da 2 com suspeita de fratura
de MIE após queda de moto. Deger outros traumas no quadro.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Vies de lesões físicas, cervical instável, tórax e abdome
abdomem leve, Glasgow 15, crepitações e deformidade no dorso
distal de punho direito

Diagnostico

Fratura de MIE

Conduta

Atendimento
Sintomas parecem controlados

Prescrição

Horario da medicacao

Sinaur Nunes Dias Alves
Cirurgião-Geral
CRM/PB 5894



Psicologia - 08/01/19

Realizada visita de acolhimento e orientações.

Dr.ª Suelio Moreira da Silva
Psicóloga
CRP: 13.1877 - Matr. 23.748-4

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO

X Andreia Ferreira da Silva

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



Nome: EDINALDO FERREIRA DA SILVA			Registro:		
Idade: 42 anos	Sexo: Masc	Cor:	Clínica: Ortopedia	EMP:	LR:
Data: 29/01/2019			Cirurgião: DR. IDALECIO PACELLI		
1º Assistente: DR. VALDEBAN			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador: JARBAS		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
Fratura Diafisária de Tíbia Direita					S82.3
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
O mesmo					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
Osteossíntese de Fratura de Tíbia					
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					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em 1/3 médio da perna direita

Dissecção por planos + hemostasia com eletrocautério

Acesso entre músculo tibial anterior e face lateral de diáfise da tibia

Achados:

Visualização de foco de fratura da tibia

Conduta:

Realizada manobra de redução

Aposição de 01 Placa DCP estreita Ø 4.5mm

Aposição de 04 parafusos corticais Ø 4.5mm proximais

Aposição de 04 parafusos corticais Ø 4.5mm distais

Aposição de 01 parafusos INTERFRAGMENTAR

Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%

Realizado RX controle

Fechamento:

Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

OBS:

Data:

29.01.19

Dr. Valdeban Carvalho Jr.
Médico - CRM 7692
CNS 20054237000575
MÉDICO/CRM



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Edinaldo Ferreira do Silva</u>		Data da Admissão: <u>07/10/19</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Cidade: _____	
Estado: _____		Fone: _____	
Profissão: _____		Religião: _____	
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: <u>1/1</u>
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: <u>1/1</u>	
JPD: <u>paciente quimicamente</u>			
HDA: <u>doença para o</u>			
<u>acidente de trânsito</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese			
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe			
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise			
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____			
ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas			
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume			
AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria			
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____			
SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposso ☐ Deformidades			
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos			
SN e PSQ: ☐ 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 [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Ra*

Hipóteses Diagnósticas: *Fx criss da puna*

Conduta: *Inten to*

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



LAUDO MÉDICO



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: EDINALDO FERREIRA

DA SILVA, 42 anos em
trabalho com 2 semanas de
pós-operatório de fratura
de tíbia direita tratada com
placa e parafusos com bom
resultado. Necessita de
90 (noventa) dias de apó-
tamento de suas atividades
laborais como previstas
de alto ortopédico.

CID: S82.2 M25.5

12/02/19

Dr. Indalécio Pacelli Fernandes
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM 6875-1 RJ
Assinatura e Carimbo



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-236
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Giullyana Flávia de Amorim Nobrega
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.668.291 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 15/02/2011
NOME GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA

FILIAÇÃO LUIZ GONZAGA DE AMORIM
MARIA DE FÁTIMA PINTO

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 07/02/1985
DOC ORIGEM CASAM N.18758 37 PLS.058 LIV.063
CARTÓRIO 1º JOÃO PESSOA-PB
CPF 011.197.984-69

Luiz Gonzaga de Amorim
ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA DO TITULAR

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO

VIA 1 0102508121-5 00/00000000 2018

NOME: EDINALDO FERREIRA DA SILVA

CPF / CNPJ: 00022809490 PLACA: QFC3197/PB

NOVO 9C2ND1110ER024336

ESPECIE TIPO: PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: HONDA/XRE 300

CAP/POT/CIL: 2 P/291 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: VERMELHA

ANO FAB: 2014 ANO DEP: 2014

1 2 3
P V A

COTA UNICA: 00/00/0000 1º 2º 3º

VENG. GOTA UNICA: 00/00/0000

PARCELAMENTO / COTAS: 0

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00/00/0000 1º 2º 3º

IOF (R\$): 00/00/0000

PREMIO TOTAL (R\$): 00/00/0000

DATA DE PAGAMENTO: 20/08/2018

SEGURO P A G O

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMINIO

JOAO PESSOA - FISCAL

14311 21/08/2018 20401

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

14 JUN. 2019

AG. JOAO PESSOA

PB Nº 014200984284 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCICIO: 2018 DATA EMISSÃO: 21/08/2018

PLACA: QFC3197/PB

VA 1 00022809490 CPF / CNPJ

0102508121-5 MARCA/MODELO: HONDA/XRE 300

ANO FAB: 2014 ANO DEP: 2014

9C2ND1110ER024336

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$): 00/00/0000

DEMATRAN (R\$): 00/00/0000

IOF (R\$): 00/00/0000

CUSTO DO SEGURO (R\$): 00/00/0000

SEGURO

SELAER MARTEL SEGURO DE P A G O

DATA DE QUITAÇÃO: 20/08/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.249.908/0001-04

20401-1034413-20180821

14311 21/08/2018 20401

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190381059 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDINALDO FERREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 07/01/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA DIÁFISE DA TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.(PLACA E PARAFUSO)P.5.6

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

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

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



PROCURAÇÃO

Outorgante: Edinaldo Ferreira da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão autônomo, residente e domiciliado à Rua Emmanuel Mendes Rodrigues nº 15, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep.: 58059-735, portador(a) do Rg nº 1829672, SSP/..... e CPF nº 000.228.094-90.

Outorgado: Cristhiana Flávia de Amorim Nobrega, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Dr. João machado nº 553, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de (o) Paraíba, Cep.: 58000-000, portador (a) do RG nº 2665292, SSP/ PB e CPF nº 011.197.984-69.

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) Edinaldo Ferreira da Silva, ocorrido em 02.10.2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza Invalidez IDAMS.

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

João Pessoa, 06 de junho de 2015.

X Edinaldo Ferreira da Silva
Outorgante
CPF Nº 000298094-8 **CARTÓRIO**
WEIRA BATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Alencar Vieira Batista - Tabelião / Bel. Rosângela Vieira Batista - Auxiliar
Rua Elias Pereira de Melo, 40 - Mangabeira - CEP: 58059-735 - João Pessoa - Paraíba - Fone: (33) 3244-6600

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(a)s: EDINALDO FERREIRA DA SILVA

Em test., da verdade, João Pessoa - PB 06/06/2019 11:04:12
Maricleide Alexandre da Silva Norais - ESCRIVENTE AUTO
(2019-023440) EMOL: R\$ 49,91 FAREMENS: R\$ 29,00 FIPJ: R\$ 1,98
SELO DIGITAL: ATR49018-KXST
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



$$4 \times 25,00 = R\$ 100,00$$

$$4 \times 123,75 = R\$ 495,00$$

Locamentos: compras e saques

22/11	FLORITA PLUS SIZE 02/04	136,00
	VESTUÁRIO João Pessoa	
26/11	MERCADOPA 02/05	56,00
	DIVERSOS OSASCO	
30/11	KARMELIA 02/04	73,70
	VESTUÁRIO JOAO PESSOA	
20/12	NARCISO ENXOVAIS 01/04	50,00
	MORADIA	
31/12	LOJAO DO BARBEIRO 01/05	98,19
	DIVERSOS	
01/01	EDUCA MAIS BRASIL	80,71
	MORADIA LAURO DE FREI	
14/01	PAG*cirurgiasb 01/04	25,00
	DIVERSOS	
14/01	PAG*cirurgiasb 01/04	123,75
	DIVERSOS	
Locamentos no cartão (final 3354)		1.049,38

Total dos locamentos atuais 1.049,38

Compras parceladas - próximas faturas

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
20/09	KALINGA MANGABEIRA05/10	169,90
17/10	PRECIOSA COSMETICOS/10	120,00
18/11	LE BISCUIT 03/03	37,66
21/11	MERCADOPA 03/05	42,67
22/11	FLORITA PLUS SIZE 03/04	136,00
26/11	MERCADOPA 03/05	56,00
30/11	KARMELIA 03/04	73,70
20/12	NARCISO ENXOVAIS 02/04	50,00
31/12	LOJAO DO BARBEIRO 02/05	98,19
14/01	PAG*cirurgiasb 02/04	25,00
14/01	PAG*cirurgiasb 02/04	123,75
Próxima fatura		932,87
Demais faturas		2.546,61
Total para próximas faturas		3.479,48

Encargos cobrados nesta fatura

Juros do rotativo	10,23 %	0,00
Juros de mora	1,01 % am	0,00
Multa por atraso	2,00 %	0,00
IOF de financiamento	(0,38 % + 0,0082 % a.d.)	0,00

Fique atento aos encargos para o próximo período (01/02 a 28/02)

Juros Mínimos do contrato 10,45 % am 235,11 % aa

Pagamento mínimo desta fatura

Valor da fatura atual	1.049,38
Juros máximos do contrato	10,45 % am 235,11 % aa
Encargos em caso de pgto. mínimo (R\$)	93,21
CET do financiamento da fatura	11,08 % am 258,96 % aa
% de total financiado	100,00 %
Valor total financiado	801,97
Valor do IOF	5,58
Valor total a pagar	990,76

Parcelamento da fatura com seguro

Valor da fatura atual	1.049,38
Juros do parcelamento	3,40 % am 50,20 % aa
CET do parcelamento	4,79 % am 76,70 % aa
% de total financiado	100,00 %
Valor total financiado*	1.159,24
Total a financiar (1)	1.049,38
Valor do seguro (2)	78,67
Valor do IOF (3)	31,19
Valor total a pagar	1.657,92

(*) O valor total financiado é composto pela soma dos itens 1, 2 e 3.

Compras parc. c/ juros próximo período

Limite de crédito	7.920,00
Juros da compra parcelada	5,99 % am 102,95 % aa
CET da compra parcelada	6,30 % am 110,29 % aa
% de total financiado	100,00 %
Valor total financiado	7.920,00
Valor do IOF	235,28
Valor total a pagar	15.131,28

Demais Taxas de Juros próximo período

De retirada de recursos país	9,24 % am
De pagamento de contas	2,99 % am

4099 1100 (Capitais e regiões metropolitanas)

0800 776 1100 (demais localidades, somente chamadas de localidade fixa)

Para mais informações consulte o site www.credicard.com.br

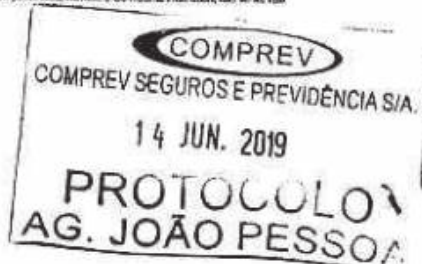
www.credicard.com.br

SAC 0800 720 0031

reclamações, cancelamentos e informações gerais. Todos os dias, 24h

Ouvicória 0800 570 0011

se não ficar satisfeito com a solução apresentada, de posse do protocolo, compare a Ouvidoria. Não cobr. de 0h às 18h



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0202890/19

Vítima: EDINALDO FERREIRA DA SILVA

CPF: 000.228.094-90

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 07/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDINALDO FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

EDINALDO FERREIRA DA SILVA : 000.228.094-90

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/06/2019
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/06/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





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

Processo: 08082711520198152003

BRADESCO SEGUROS S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **EDINALDO FERREIRA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

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

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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.

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



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 Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 11 de setembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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

