



Número: **0810237-13.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **07/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 12.555,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA (AUTOR)		IRINA NUNES CABRAL DE PAULO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
RAFAEL LARA DE FREITAS (TERCEIRO INTERESSADO)			

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38402861	14/01/2021 14:40	<a href="#">Petição</a>	Petição
38402862	14/01/2021 14:40	<a href="#">2698928_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
38402864	14/01/2021 14:40	<a href="#">2698928_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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**<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Adilson Luiz de Oliveira Bastos Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 07-854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Luís Eduardo Justino Amorim inscrito (a) no CPF sob o Nº 16.832.424 / 67 do sinistro de DPVAT cobertura Imóvel da Vítima Luís Eduardo Justino Amorim inscrito (a) no CPF sob o Nº 16.832.424 / 67, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

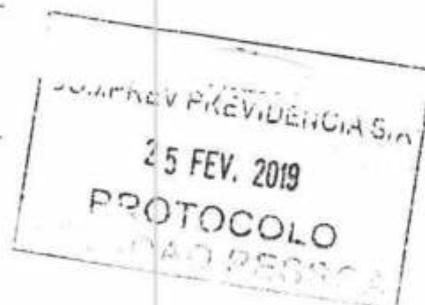
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Av. União de São Paulo</u>		<u>172</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58013-430</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>CE.F.Oliveira@gmail.com</u>	<u>83-3506.1910</u>	<u>83-98749-5530</u>	

João Pessoa, 25 de fevereiro de 2019  
Local e Data

Adilson Luiz de Oliveira Bastos Neto  
Assinatura do Declarante



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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>.

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

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

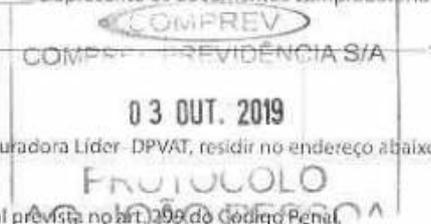
Pelo exposto, eu Adulson Luiz de Queiroz Leitinho Neto inscrito (a) no CPF sob o N° 007.854.364 / 99, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Eduardo Justino França inscrito (a) no CPF sob o N° 416.832.424 / 67, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima João Eduardo Justino França, inscrito (a) no CPF sob o N° 416.832.424 / 67, 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 Líder - DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.



Endereço	<u>Avenida Estreito</u>	Número	<u>172</u>	Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58013-430</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>83-3506-1910</u>	Telefone celular (DDD)	<u>83-98849-5530</u>
Fax	<u>cc @ liderlider.com</u>				

João Pessoa - PB 03 de Outubro de 2019  
Local e Data

Adulson Luiz de Queiroz Leitinho Neto  
Assinatura da Declarante





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	LUIS EDUARDO JUSTINO FRANÇA
DATA DE NASCIMENTO	09/01/99
NOME DA MÃE	MARIA DO SOCORRO JUSTINO

### DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º	105.769
BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.045.933
DATA DO ATENDIMENTO	03/12/17
HORA DO ATENDIMENTO	05:37
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA
CID 10	S42.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Prontuário. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor na região da clavícula direita, com deformidade e limitação dos movimentos. Consciente orientado. Glasgow 15. Presença de fratura de clavícula direita. Internação para tratamento cirúrgico. operado e evoluiu bem.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de ombro direito

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de clavícula direita

### TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de clavícula direita.

ALTA HOSPITALAR: 07/12/17

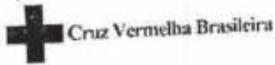
DATA DA EMISSÃO: 28/03/18

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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

COMPREV PREVIDÊNCIAS S/A  
25 FEV. 2019  
PROTOCOLO  
C. JOÃO PESSOA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA  
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES: 445365

Paciente <b>LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA</b>		BAE 1045933	Data/Hora Entrada 03/12/2017 05:37:52	Data Baixa
Data de nascimento 09/01/1999	Idade 18	Sexo Masculino	CNS 700102997863116	Telefone de Contato (83) 996339418
Mãe <b>MARIA DO SOCORRO JUSTINO</b>				Pontuário
Endereço GOLFO DE WASH, SN	Bairro INTERMARES	Município CABELO		UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional VICTOR LINHARES LUGUINHO		Nº Cons. Regional 10894/PB
Data/Hora Classificação 03/12/2017 05:37:52		Data/Hora Prescrição 03/12/2017 07:30:55		Senha
Convênio SUS	Nº Matrícula			

**Anamnese**

Paciente vítima de queda de moto  
queixa de dor em clavícula direita  
RX: fratura de clavícula direita  
cd: internamento para cirurgia

**DIETA**

DIETA LIVRE, VIA ORAL

**MEDICAÇÃO**

DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, 8/8H  
OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 1,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA  
TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, 12/12H

**CUIDADOS**

SSVV + CCGG

**EXAME LABORATORIAL**

HEMOGRAMA

COAGULOGRAMA COMPLETO

**CID10**

Código	Descrição
S42.0	Fratura da clavícula

**Conduta**

Em observação

COMPREV PREVIDÊNCIAS S.A.

25 FEV. 2019

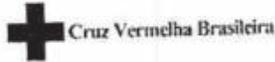
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

Dr. Victor Linhares  
CRM 8 10894-PB  
VICTOR LINHARES LUGUINHO  
(10894/PB)

Boletim registrado por: IORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO em 03/12/2017 05:38:20





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

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

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA</b>		BAE 1045933	Data/Hora Entrada 03/12/2017 05:37:52	Data Baixa
Data de nascimento 09/01/1999	Idade 18	Sexo Masculino	CNS 700102997863116	Telefone de Contato (83) 996339418
Mãe <b>MARIA DO SOCORRO JUSTINO</b>				Prontuário
Endereço <b>GOLFO DE WASH, SN</b>		Bairro <b>INTERMARES</b>	Município <b>CABEDELO</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>VICTOR LINHARES LUGUINHO</b>		Nº Cons. Regional 10894/PB
Data/Hora Classificação 03/12/2017 05:37:52		Data/Hora Prescrição 03/12/2017 07:30:55		
Convênio SUS		Nº Matricula	Senha	
<b>Anamnese</b>				
Paciente vítima de queda de moto queixa de dor em clavícula direita RX: fratura de clavícula direita cd: internamento para cirurgia				
<b>DIETA</b>				
DIETA LIVRE, VIA ORAL				
<b>MEDICAÇÃO</b>				
DIPIRONA 500 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, 8/H				
OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 1,0 CÁPSULA VIA ORAL, 1X AO DIA				
TRAMADOL 100MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 1,0 COMPRIMIDO VIA ORAL, 12/12H				
<b>CUIDADOS</b>				
SSVV + CCGG				
<b>EXAME LABORATORIAL</b>				
_MOGRAMA				
COAGULOGRAMA COMPLETO				
<b>SID10</b>				
Código	Descrição			
S42.0	Fratura da clavícula			
<b>Conduta</b>				
Em observação				

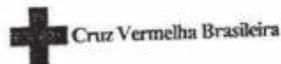
Dr. Victor Linhares  
Médico  
CRM 8129  
CRM 10894/PE

LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

VICTOR LINHARES LUGUINHO  
(: 10894/PE)

Boletim registrado por: IORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO em 03/12/2017 05:38:20





Documento de Alta

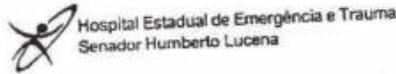
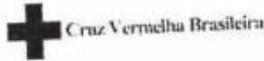
Nome: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA		Número Prontuário: 105769	
Data de 09/01/1999	Sexo: Masculino	Data de Internação: 03/12/2017 09:20:56	Data de Alta: 07/12/2017 12:01:43
Motivo da alta: ALTA HOSPITALAR			
Conduta: RAFI CLAVÍCULA			
Resumo da Internação: PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, EM BOM ESTADO GERAL.			
Resultado de Exames:			
Tratamento: RAFI CLAVÍCULA			
Diagnóstico: 2.0 - Fratura da clavícula			
Recomendações: REPOUSO RETORNO AMBULATORIAL EM 7 DIAS			

Dr. Gustavo F. Mendonça  
Ortopedia / Cir. Quadril  
CRM: 8786 / 1999 - PB

GUSTAVO FARIAS MENDONÇA  
CRM: 8786 - PB

Data: 07/12/2017





AREA VERMELHA  
 Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
 Tel:  
 CNES: 6121221

Paciente <b>LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA</b>		BAE <b>1045933</b>	Data/Hora Entrada <b>03/12/2017 05:37:52</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>09/01/1999</b>	Idade <b>18</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>700102997853116</b>	Telefone de Contato <b>(83) 996339418</b>
Mãe <b>MARIA DO SOCORRO JUSTINO</b>				Prontuário
Endereço <b>GOLFO DE WASH, SN</b>		Bairro <b>INTERMARES</b>	Município <b>CABELO</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>		Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>FELIPE FREITAS DINIZ DE LIMA</b>	Nº Cons. Regional <b>10190/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>03/12/2017 05:37:52</b>		Data/Hora Prescrição <b>03/12/2017 05:42:52</b>		Senha
Convênio <b>SUS</b>		Nº Matricula		
<b>Anamnese</b>				
CIRURGIA GERAL - 1º ATENDIMENTO# PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, ENCONTRAVA-SE COM CAPACETE; A: VIAS AÉREAS PÉRVIAS, CERVICAL ESTÁVEL; B: RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, DRIVE VENTILATÓRIO SEM ALTERAÇÕES; C: ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE; D: ECG 15; E: ESCORIAÇÕES EM MSD E MID, E DORSO. CLÁVICULA DIREITA APARENTEMENTE FRATURADA.				
<b>CUIDADOS</b>				
SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA				
<b>EXAME DE IMAGEM</b>				
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)				
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO (TRES POSICOES)				
<b>CID10</b>				
Código	Descrição			
R52.0	Dor aguda			
<b>Conduta</b>				
Em observação				

LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

FELIPE FREITAS DINIZ DE LIMA  
 (10190/PB)

Boletim registrado por: JORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO em 03/12/2017 05:38:20



22/12/2017

- TiMed



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, S/N - CONJ. PEDRO GONDIM JO.O PESSOA - CNES: 454561 - Tel.: 8332165736

Boletim de Atendimento: 1045933



Identificação do paciente				Sexo
ID 1236687	Nome LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA	Estado civil	Religião	Masculino
Data de nascimento 09/01/1999	Idade 18 anos 11 meses 13 dias			Prontuário 105769
Mãe MARIA DO SOCORRO JUSTINO	Pai JOSUE LUCENA DE FRANCA		Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)	
Escolaridade	DDD Fixo		Fone Fixo	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 996339418	Nº Cns 700102597863118		
Tipo documento	Número documento	Tipo MUNICIPIO		UF PB
Local de procedência CABEDELO	Naturalidade CAMPINA GRANDE		CBO/R	
Email				
Endereço				
CEP 58102128	Município de residência CABEDELO	UF PB	Logradouro GOLFO DE WASH	
Número SN	Complemento	Bairro INTERMARES		
Admissão				
Data e Hora 03/12/2017 05:37:52	Número da pulseira 1000006289699	Clínica		Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL	Classificação de risco		Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA		Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não		Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA	X	mmHg	Pulso	Temperatura
Exames complementares				
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]
		ECG [ ]	Ultrasonografia [ ]	
Dados clínicos				
Diagnóstico				CID
Atendido por JORDAN APOLINARIO FIGUEIREDO				Tempo 28seg

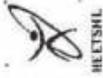
Imprimir

...&id=1045933





REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS  
ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME



Número: \_\_\_\_\_ Pronto: 1045938 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Paciente: Auis Eduardo Justino Jr Data: 05/12/17  
 Procedimento: Tratamento Cirurgico de fratura de clavícula Reposição:  
 SUS: ( ) Não SUS ( ) Sim  
 Médico: Dr. José Henrique da Silva Jeryka

Caixa Pronta: f

DISPENSÇÃO - CME				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
ITA Caráguas	Placa de Reconstrução avulsão de osso	01		
ITA Caráguas	Parafuso Cortical (6x3,5)	04		
ITA Caráguas	ITA 14	02		
Autimatas	ITA 16			
	Jo de Kuschman 7x20 19 guia	01		

DISPENSÇÃO - FARMÁCIA				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
Bromedical	Agulha 1/16 agulha de placa A-50	01		

ASSINATURA DO MÉDICO - CRM

Dr. José Henrique da Silva Jeryka  
 ASSINATURA ENFERMAGEM - COREN 122217

Flaviana Lima - 385594  
 ASSINATURA CIRCULANTE RESPONSÁVEL

F(NG) APC.013-2



 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>			Folha 1/2
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES			
<b>Identificação do Paciente</b>					
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PRONTUÁRIO		1045533	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO			
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		9 - SEXO		Masc. <input checked="" type="checkbox"/> 1      Fem. <input type="checkbox"/> 3	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA ( )		14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	
				16 - CEP	
17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)					
<b>MUDANÇA DE PROCEDIMENTO</b>					
18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR		19 - CÓD. PROCEDIMENTO - ANTERIOR			
20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA		21 - CÓD. PROCEDIMENTO - MUDANÇA			
22 - DIAGNÓSTICO GERAL		23 - CID 10 PRINCIPAL		24 - CID 10 SECUNDÁRIO	
				25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<b>SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)</b>					
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL		27 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			
28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE ACOMPANHANTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO I <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO II <input type="checkbox"/> DIÁRIA DE UTI TIPO III					
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		31 - QTD.	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		34 - QTD.	
35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL		37 - QTD.	
38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO 01 - Placa de Reconstrução óssea de osso. <i>Autóctona</i> Im Ginecologia - Gl. 3.5 Parafusos Corticos n: 14 - Unidades n: 16 - Unidades 01 - fio de Kirschner n: 20 p/ guia. 01 - Agulha p/ bloqueio de plexo A-50. <i>Próxima</i>					
39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE					
40 - DATA DA SOLICITAÇÃO		PROFISSIONAL SOLICITANTE			
41 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF		42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
45 - CÓD. URGÃO EMISSOR		AUTORIZAÇÃO			
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		47 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF			
48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			





# RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Luis Edmundo F. Filomena BE/Prontuário: 1045933  
 Idade: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino ( ) Feminino Cor: \_\_\_\_\_ Data: 05/12/14

Clinica/Setor: Urologia EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_

Cirurgia: Ret. Exat. de fratura de bexiga direita

Cirurgião: Dr. Opós 1º Assistente: Dr. Orlando

2º Assistente: Dra. Jessyka (R2) 3º Assistente: \_\_\_\_\_

Instrumentador: Wellington Anestesista: Dr. Gilvanete

Tipo de Anestesia: bloqueio regional + geral Horário: Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório:	CID
<u>Fratura bexiga direita</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Exat. de fratura bexiga</u>	
<u>Exat. de fratura bexiga</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim  Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim  Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria ( ) Terapia Intensa ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: Dra. Jessyka Emilia F. Rabêc

João Pessoa, 05/12/14

F(NG).ASCIR.009-1







Nota de Sala Cirúrgica

HEST/2011

**NOME DO PACIENTE:** Luis Eduardo Justino Junior

**IDADE:** 42 BE 1015933 PRONTUÁRIO ENFERMARIA LEITO

**CIRURGIÃO:** Tratamento Cirúrgico de fratura de Clavicula

**CIRURGIÃO:** Dr. José Joaquim + Dra. Janyka

**ANESTESIA:** Bloqueio de pleo + Geral

**ANESTESISTA:** Dr. Gilson

**INSTRUMENTADOR:** W. Robinson - Ana Paula

**DAT:** 05/12/17 **TEMPO CIRURGICO - ANESTESIA INICIO:** 03:00 PM **11:00** **CIRURGIA INICIO:** 03:30 PM **10:40**

**ÍNDICE DE RISCO DE CONTAMINAÇÃO (ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS))**

**GRAU DE CONTAMINAÇÃO:** (1) LIMP (2) CONTAMINADA (3) INFECTADA (4) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA	1	JELCO N°18	1	FIO CAT GUF CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA ISD BAUCA	1	JELCO N°20	1	FIO CAT GUF CROMADO N°	
BUPIVACAÍNA PESADA	1	JELCO N°22	1	FIO DE AÇO N°	
CETAMINA	1	JELCO N°24	1	FIO DE AÇO N°	
DROPERIDOL	1	KIT SIST. DREN TORÁXICA N°	1	FIO DE NYLON N° 0	1
MIDATO	1	SOLUÇÕES	1	FIO DE NYLON N° 3.0	1
FLUORBARBITAL	1	ALCOOL ETÍLICO 70%	1	FIO DE NYLON N°	
FENTANILA	1	PVPi DEGERMANTE	1	FIO DE NYLON N°	
FLUMAZENIL	1	PVPi TÓPICO	1	FIO POLIGLACTINA N° 4.0	1
ISOFLURANO	1	PVPi TÓPICO	1	FIO POLIGLACTINA N° 2.0	1
VOBUPIVACAÍNA C/ VASO	1	SABÃO ANTISÉPTICO	1	FIO POLIGLACTINA N°	
LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO	1	MATERIAIS	1	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA C/ VASO	1	AGULHA 13X4,5	1	FIO POLIPROPILENO N°	
LIDOCAÍNA S/ VASO	1	AGULHA 25X07	1	FIO POLIGLACTAPRONE N°	
MIDAZOLAN	1	AGULHA 25X08	1	FIO SEDA N°	
MORFINA	1	AGULHA 40X12	1	FITA CARTILÁGICA	
NIMBÍUM	1	AGULHA PERIDURAL N°16	1	MÁSCARA CIRÚRGICA	
PANCURÔNIO	1	AGULHA PERIDURAL N°17	1	MULTÍTIAS	
PETIDINA	1	AGULHA PERIDURAL N°18	1	PERFURADOR DE SORO	
PROPÓFOL	1	AGULHA RAQUI N°25G	1	SCALP N°19	
RAMIFENTANILA	1	AGULHA RAQUI N°26G	1	SCALP N°21	
ROCURÔNIO	1	AGULHA RAQUI N°27G	1	SERINGA 3ML	
SEVOFLURANO	1	ALGODÃO ORTOPÉDICO	1	SERINGA 5ML	
SUXAMETÔNIO	1	ATADURA DE CREPOM	1	SERINGA 10ML	
TIOPENTAL	1	ATADURA GESSADA	1	SERINGA 20ML	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA	1	SONDA ASP. TRAQUEAL N°8	
TRENALINA	1	CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA N°	1	SONDA ASP. TRAQUEAL N°10	
UA DESTILADA	1	CATETER DE OXIGÊNIO	1	SONDA ASP. TRAQUEAL N°12	
ATROPINA	1	CATETER EMBOLEC ARTERIAL N°	1	SONDA ASP. TRAQUEAL N°14	
BEXTRA	1	CATETER EPIDURAL N°16	1	SONDA ASP. TRAQUEAL N°16	
CEFAZOLINA	1g	CATETER EPIDURAL N°17	1	SONDA FOLEY 2VIAS N°12	
CLAMETASONA	1	CATETER EPIDURAL N°18	1	SONDA FOLEY 2VIAS N°14	
CLORONA SÓDICA	1	CERA PARA OSSO	1	SONDA NASOG. CURTA	
EPEDRINA	1	COLET. URINA FECHADO	1	SONDA NASOG. LONGA	
FLUROSEMIDA	1	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	SONDA URETRAL N°	
GLICOSE 50%	1	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	1	TORNEIRINHA	
GLUCONATO DE CÁLCIO	1	DRENO DE PENROSE	1	TUBO ENDOTRAQUEAL N°3.0	
HIDROCORTISONA	1	DRENO DE SUÇÃO	1	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
LIDOCAÍNA GELÉIA	1	ELETRODOS	1	TUBO ENDOTRAQUEAL N°	
ONDASENTRONA	1	EQUIPO MACRODOTAS	1	TUBO SILICONE (LATEX)	
PLASIL	1	EQUIPO TRANSF. SANGUE	1		
PROSTIGMINE	1	EQUIPO MICRODOTAS	1		
PROTAMINA	1	ESPONJA DE PVPi	1		
TENOXICAN	1	ESPARADRAPO	1		
Neostigmina	1	GAZES	1		
		GAZES ALMOODADAS	1		
		GEL ELETROLÍTICO	1		
		JELCO N°14	1		
		JELCO N°15	1		
		Gaze Prop	1		
		Agulha p/ litotomia	1		
		Agulha p/ pleo	1		

**EMPRESA:** Thaisun - 66315

**PARAFUSOS CORTICIS:** 16-14 - 04 unidades

**PARAFUSOS CORTICIS:** 16-16 - 02 unidades

**PARAFUSOS ESPONIOSO:**

**PARAFUSOS ESPONIOSO:**

**PARAFUSOS MALEOLAR:**

**PARAFUSOS MALEOLAR:**

**PLACA:** Placa de Redondo

**PLACA:** Placa de Redondo

**FLAVIANO GILSON - 385571**

**FNG: ASCR.011-3**





HOSPITAL  
MUCUNA

### FICHA DE ANESTESIA

DATA: 06/12/17

PRONTUÁRIO: 1045933

SETOR:

PACIENTE: Luis Eduardo Justino SEXO: M COR: B IDADE: 48 anos

PRESSÃO ARTERIAL 120/80 PULSO 78 RESPIRAÇÃO 12 TEMPERATURA PESO GRUPO SANGUINEO

ESTADO GERAL ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRURGICO ( ) BOM (X) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES VEX montuário - wister - nega alergias

AP. RESPIRATÓRIO MV+ em ambos Hmt AP. CIRCULATÓRIO OK

AP. DIGESTIVO EM JEJUM ESTADO MENTAL ORIENTADO DROGAS EM USO -

PRÉ-ANESTÉSICO - DOSE (HORAS) DOMONIDOL + fentanil ESTADO FÍSICO (ASA) II

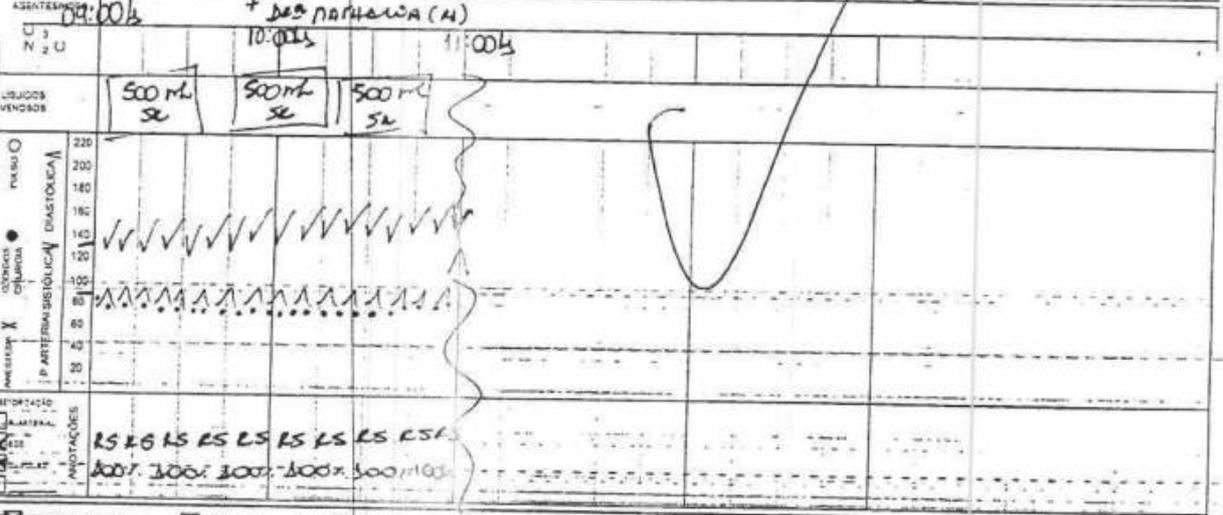
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE CLAVÍCULA (D)

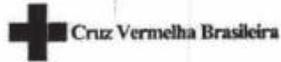
CIRURGIA REALIZADA Yto cirúrgico de fratura de clavícula (D)

CIRURGIÃO DE: AUXILIARES DE: DE:

INÍCIO DA ANESTESIA 09:00h TÉRMINO DA ANESTESIA 11:00h DURAÇÃO DA ANESTESIA 2h

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO QUANT. DE CH. VALORES RS/ ANESTESISTA DE: Gilvandro LINS PF CRM-PB 6685





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Documento de Alta

<b>Nome:</b> LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA		<b>Número Frontuário:</b> 105769	
<b>Data de</b> 09/01/1999	<b>Sexo:</b> Masculino	<b>Data de Internação:</b> 03/12/2017 09:20:56	<b>Data de Alta:</b> 07/12/2017 12:01:43
<b>Motivo da alta:</b> ALTA HOSPITALAR			
<b>Conduta:</b> RAFI CLAVÍCULA			
<b>Resumo da Internação:</b> PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, EM BOM ESTADO GERAL.			
<b>Resultado de Exames:</b>			
<b>Tratamento:</b> RAFI CLAVÍCULA			
<b>Diagnóstico:</b> S42.0 - Fratura da clavícula			
<b>Recomendações:</b> REPOUSO RETORNO AMBULATORIAL EM 7 DIAS			

Dr. Gustavo F. Mendonça  
Ortopedia do Quadril  
CRM: 6786 - PB

GUSTAVO FARIAS MENDONCA  
CRM: 6786 - PB

Data: 07/12/2017





HEMOIBA  
HEMOCENTRO DA PARAIBA

Crédito de Sangue

Atestamos, com agradecimentos, que  
o Sr.(a) LUIZ ALBERTO SILVA DE SENA - 010077178  
doou sangue, ao(s) HEMOCENTRO DA PARAIBA  
na data de 05/12/2017

Paciente : LUIZ EDUARDO JUSTINO FRANÇA

Hospital : HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

Tipo de doação : REPOSIÇÃO

Em:05/12/2017

*Fernanda L. Mendonça*  
Aux. Enfermagem  
COREN 106081

*Fernanda L. Mendonça*  
Responsável

Av. D. Pedro II, 1119 - Torre João Pessoa Doação : 0125171206096



HEMOIBA  
HEMOCENTRO DA PARAIBA

Crédito de Sangue

Atestamos, com agradecimentos, que  
o Sr.(a) JOSE CARLOS DE OLIVEIRA JUNIOR - 010167124  
doou sangue, ao(s) HEMOCENTRO DA PARAIBA  
na data de 05/12/2017

Paciente : LUIZ EDUARDO JUSTINO FRANÇA

Hospital : HOSPITAL DE EMERGENCIA E TRAUMA

Tipo de doação : REPOSIÇÃO

Em:05/12/2017

*Ednalva G. Albuquerque*  
Enfermeira  
COREN-PB 233.268

*Ednalva G. Albuquerque*  
Responsável

Av. D. Pedro II, 1119 - Torre João Pessoa Doação : 0125171206096





### Requisição de Exames



REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nº BE - PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: <i>Luis Eduardo do Santos Franca</i>			IDADE:		DATA: <i>18/d/17</i>
SEXO: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	COR: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF-LEITO:
DADOS CLÍNICOS:					
MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS: <i>Rx de ombro @ AP</i>					
  Carimbo e Assinatura do Médico					

F(NG).LAB.007-1

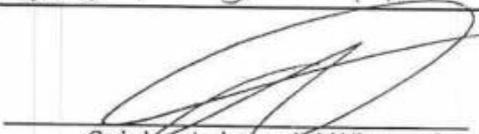


### Requisição de Exames



REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nº BE - PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: <i>Luis Eduardo G. Franca</i>			IDADE:		DATA:
SEXO: <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> FEM.	COR: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A	PESO:	ALTURA:	CLÍNICA:	ENF-LEITO:
DADOS CLÍNICOS:					
MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS: <i>Rx CLAVICULA D AP</i>					
 Carimbo e Assinatura do Médico					

F(NG).LAB.007-1



09/01/99



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA



HETS/SHL

CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Luis Eduardo  
Justino Franca

DATA DO ATENDIMENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_ FICHA: \_\_\_

MÉDICO (CARIMBO): \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

PROCEDIMENTO: ortopedia

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É  
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

3221.0369

F(NG).APC.035-1



DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
30/12	Dr. Timoco	12:00	
08/01/18	Dr. Edson <sup>on bptica</sup>	12:00	
08/02/18	EDSON	12h	

F(NG).APC.035-1





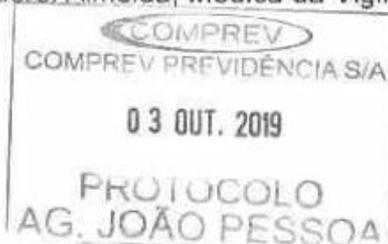
## CERTIDÃO

Nº. 0393/2019

Atendendo solicitação de ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial N°177610 e prontuário nº 2018.10.4573 pertencente a LUIS EDUARDO JUSTINO FRANÇA que foi atendido dia 30/10/2018 às 20h45min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido à avaliação médica, e exame de imagem que evidenciou fratura do osso do carpo esquerdo. Procedimento cirúrgico dia 01/11/2018 e alta médica dia 14/11/2018.

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



João Pessoa, 29 de março de 2019

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883

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





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Lucas Eduardo Pessoa França Data da Admissão: 30/10/18  
 Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento:  / /  
 QPD: Doença em curso há 01 dia  
 HDA: 1.º vítima de Quedo de motocicleta com  
27 de maio de 2018

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  
 Dispnéia  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-reposu  Deformidades  
 Artralgia  Calor  Rubor  Edema  Crepitação  Fraqueza  Atrofia  Espasmos

**SN e PSO:**  Insônia  Sonolência  Convulsões  Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
 Amnésia  Libido  Humor

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

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 = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

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

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

Gânglios: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

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

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: *F = Lesão nos ossos no abdô*

Conduta: *Exame físico - normal*

*Dr. Thales Farias*  
CRM: 1799





### RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Luís Eduardo Justino Figueira</i>				Registro:	
Idade: <i>19</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>08/11/18</i>	Cirurgião: <i>Dr. Tiberio</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<i>Intus-bacis tumoxifopentum</i>					
<i>21</i>					
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<i>0 exame</i>					
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>				<b>CÓDIGO</b>	
<i>Redução tumores sub-cutâneos</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( ) Sim 2 (✓) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 ( ) Sim 2 (✓) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (✓) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58058-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

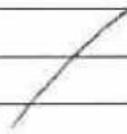


**DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**

**Posição e Preparo:**

1. Pac. em DMK sob sedas

**Incisão:**



**Achados:**

2. No escopo = Fratura lateral-transverso-  
posterior exp.

**Conduta:**

3. Medidas imediatas de controle do escopo  
} Imobilizar  
} A central  
4. A reparação = grau de HKE deformação

**Fechamento:**

**OBS:**

Data: 01/01/2021

Dr. Tiberio Vanomark  
Ortopedia / Cirurgia de Mão  
CRM-PA 1252 / TEOT 14840  
MÉDICO/CRM

Rua Aq. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





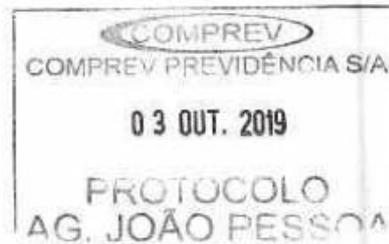
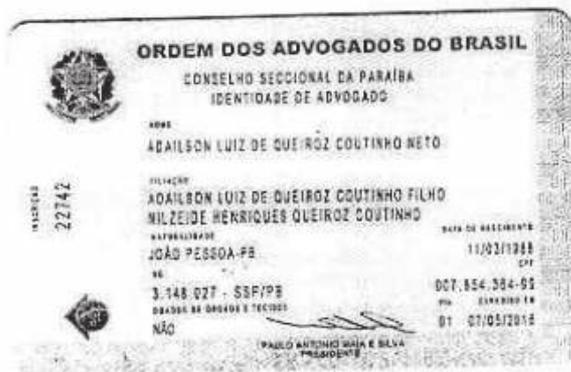
COMPREV PREVIDENCIA S/A  
25 FEV. 2019  
PROTUCULO  
AG. JOÃO PESSOA





JULPREV PREVIDENCIA S/A  
25 FEV. 2019  
PROCOLO  
JOÃO PESSOA





# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0348524/19

Vítima: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

CPF: 116.832.424-67

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 30/10/2018

Titular do CPF: LUIS EDUARDO JUSTINO  
FRANCA

CPF de: Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

### ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

### LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA : 116.832.424-67

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

Recadastros 3190572303

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/10/2019  
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
CPF: 007.854.364-99

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Luis Eduardo Justino Franca  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: Advogado Nº DO RG: 4.047.444  
ORGÃO EMISSOR: SSDS/PB DATA DE EMISSÃO: 20/06/17  
Nº DO CPF: 116.832.424-67 ENDEREÇO: Porque Selem  
de Lourenço, nº 205, Aptº 104, Bl B, Centro, João Pessoa - PB,  
Cep 58033-131

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 22.742  
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016  
Nº DO CPF: 007.854.364-99 ENDEREÇO: AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO  
CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Luis Eduardo Justino Franca, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Cabedelo - PB, 30 de Agosto 20 18.

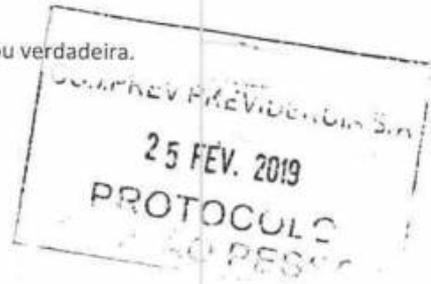


Luis Eduardo Franca  
Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

Figueiredo Dornelas Serviço Notarial e Registral  
1º Ofício de Notas e Privativo de Registro Imobiliário  
Rua Assis Brasil, 99 - Centro - CEP 58100-000 - Cabedelo - PB  
Fone (33) 328.1142

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:  
LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA  
Em test. da verdade, Cabedelo-PB 30/08/2018 16:19:38  
Roberto Regio de Melo Andrade - Substituto  
(2018-009061)EMP:R\$ 49,48 FAREN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS: 0,47  
SELO DIGITAL: AN#63885-FB01  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Luiz Eduardo Justino Franca  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: Coixa Nº DO RG: 4047.444  
ORGÃO EMISSOR: SSDS/PB DATA DE EMISSÃO: 20/06/17  
Nº DO CPF: 116.832.424-67 ENDEREÇO: Porque Selva  
de Bucama, nº 205, Aptº 104, Bl. B, Centro, João Pessoa - PB,  
cep 58033-131

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 22.742  
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016  
Nº DO CPF: 007.854.364-99 ENDEREÇO: AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO  
CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
03 OUT. 2018  
PROJ. COLO  
AG. JOÃO PESSOA

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Luiz Eduardo Justino Franca, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Colêdelo - PB, 30 de Agosto de 2018.



Luiz Eduardo Justino Franca  
Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autenticidade, autêntica ou verdadeira.

Figueiredo Dornelas Serviço Notarial e Registral  
1º Ofício de Notas e Privativo de Registro Imobiliário  
Rua Amador Bueno, 37 - Centro - CEP: 58033-131 - João Pessoa - PB  
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de:  
LUIZ EDUARDO JUSTINO FRANCA  
Em test. da verdade. Cabedelo - PB 30/06/2018 16:19:38  
Roberto Regio de Melo Andrade - Substituto  
[2018-09061]EJWB:RN 49.48 [ARRENH] 0.28 [FEPJ:RN] 1,90 [ISS] 0,47  
SELO DIGITAL: ARW63885-FDG1  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
PROJ. COLO  
AG. JOÃO PESSOA



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0344007/19

**Vítima:** LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

**CPF:** 116.832.424-67

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 30/10/2018

**Titular do CPF:** LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

#### LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA : 116.832.424-67

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 03/10/2019  
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
CPF: 007.854.364-99

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/10/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0348524/19

**Vítima:** LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

**CPF:** 116.832.424-67

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 30/10/2018

**Titular do CPF:** LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO : 007.854.364-99

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

#### LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA : 116.832.424-67

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/10/2019  
Nome: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
CPF: 007.854.364-99

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA





# 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: 116.832.424-67 Nome completo da vítima: Luís Eduardo Justino Branco

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

Nome completo: Luís Eduardo Justino Branco CPF: 116.832.424-67  
Profissão: Recebeu-se Endereço: Rua Selen de Souza Número: 205 Complemento: BLB AP104  
Bairro: Centros Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 5800000  
E-mail: ccf.odvs@gmail.com Tel. (DDD): 83-98849 5530

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

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

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: Itau  
AGÊNCIA: 6210 CONTA: 60070 9  
(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.

Peio motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  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  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: \_\_\_\_\_  
Local e Data: João Pessoa - PB, 29/10/19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO  
x Luís Eduardo J. Branco  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Abibon Luiz de Queiroz  
Assinatura do Representante Legal (se houver)  
Estimberindo  
Assinatura do Promotor (se houver)

TESTEMUNHAS  
OMPREV  
OPREV PREVIDÊNCIA S/A  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura  
2ª | Nome: PROTÓCOLO  
APG. 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 ROGO, 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.





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

---

Rio de Janeiro, 10 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190572303**

**Vítima: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA**

**Data do Acidente: 30/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

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

**Senhor(a), LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA**

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 14949163

Pag. 01405/01406 - carta\_01 - INVALIDEZ





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

---

**Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190572303**

**Vítima: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA**

**Data do Acidente: 30/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00305/00306 - carta\_25 - INVALIDEZ





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

**Rio de Janeiro, 03 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190572303**

**Vítima: LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA**

**Data do Acidente: 30/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%	
Graduação: Em grau residual 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%	
Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 =	R\$ 945,00

Recebedor: **LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **341**

Agência: **000008210**

Conta: **0000060070-9**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

NR do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 316.832.424-67 Nome completo da vítima: João Eduardo Justino Jorco

### REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR USEP Nº 415/2012

Nome completo: João Eduardo Justino Jorco CPF: 316.832.424-67  
Profissão: Recusou-se Endereço: Rua Eden de Lucena Número: 205 Complemento: Apd 104/3L-B  
Bairro: Centro Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58013-131  
E-mail: cc.f.edv@qmail.com Tel.(DDD): 83-98849-5530

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: Itaú  
AGÊNCIA: 0372 CONTA: 36520 5  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):  
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.  
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
Local e Data: João Pessoa - PB, 25 de Fevereiro de 2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
João Eduardo Jorco  
(\* Assinatura de quem assina A ROGO)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
Assinatura do Procurador (se houver): Adilson Luiz de Queiroz  
Assinatura do Representante Legal (se houver): Leandro Mendes

TESTEMUNHAS  
1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: 111.111.111-11  
25 FEV 2019  
2ª | Nome: PROTUCULO  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura

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







**GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
7ª Delegacia Distrital De Cabedelo



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

N.º 110/2018

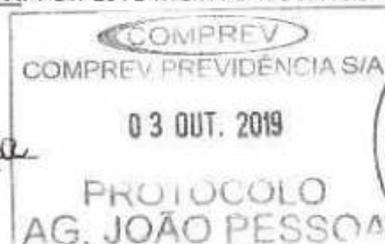
**OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM LESÃO CORPORAL**

**CERTIFICO EM RAZÃO DE MEU OFÍCIO QUE ESTEVE NESTA DELEGACIA A PESSOA ABAIXO CITADA PARA COMUNICAR O SEGUINTE RELATO**

**COMUNICANTE:** LUIS EDUARDO JUSTINO FRANÇA **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO **NATALIDADE:** CAMPINA GRANDE-PB **PROFISSÃO:** CAIXA **DATA DE NASCIMENTO:** 09/01/1999 **IDADE:** 19 ANOS **RG:** 4.047.444 **SSDS/PB CPF:** 116.832.424-67 **FILIAÇÃO:** JOSUÉ LUCENA DE FRANÇA E MARIA DO SOCORRO JUSTINO **ENDEREÇO:** PARQUE SOLÓN DE LUCENA, Nº. 205, APTO 104, BLOCO B, CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013-131 **TELEFONE:** 83-99633-9418 **GRAU DE INSTRUÇÃO:** ENSINO MÉDIO COMPLETO **COR DA PELE:** MORENO **DIA DO OCORRIDO:** 30/10/2018 **LOCAL DO FATO:** BAIRRO DO CABO BRANCO, JOÃO PESSOA-PB

**NARRATIVA:** LUIS EDUARDO JUSTINO FRANÇA AFIRMA QUE NO DIA 30/10/2018 POR VOLTA DAS 19:30H QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/CG 160 START, DE PLACA QSB-2056/PB, ANO DE FABRICAÇÃO 2018, DE COR PRETA, DE SUA PROPRIEDADE PELO BAIRRO DO CABO BRANCO, NAS PROXIMIDADES DA MATA, MAIS PRECISAMENTE ATRÁS DO HOTEL IBIS, MOMENTO EM QUE FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA QUE TRAFEGAVA NA OUTRA FAIXA E NO MOMENTO ESTE ATROPELOU UM ANIMAL QUE ATRAVESSAVA A PISTA, EM CONSEQUÊNCIA VEIO ATINGIR O NOTICIANTE, FAZENDO COM QUE O MESMO PERDESSE O CONTROLE DE SUA MOTOCICLETA E COLIDISSE CONTRA OUTRO VEÍCULO QUE SE ENCONTRAVA ESTACIONADO NA AVENIDA, CHEGANDO O NOTICIANTE CAPOTAR SUA MOTOCICLETA. O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO E ENCAMINHADO AO COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA - TRAUMINHA, ONDE TEVE O SEU ATENDIMENTO REALIZADO AS 20:45 H E SIDO DIAGNOSTICADO COM DIVERSAS LESÕES, **CONFORME DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA.** POR ESTE MOTIVO NOTICIOU O FATO. O REFERIDO É VERDADE, DOU FÉ.

COMUNICANTE: Luis Eduardo Justino França



Elaborado por: **VANILDO WANDERLEY LINS FILHO**, Policial Civil.

Cabedelo-PB, 23 de novembro de 2018

*Vanildo Wanderley Lins Filho*  
Vanildo Wanderley Lins Filho  
Agente de Investigação-Polícia Civil  
Matrícula 156.258-1





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº da sinistro ou ASL: CPF da vítima: 316.832.424-67 Nome completo da vítima: Luis Eduardo Justino Branco

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

Nome completo: Luis Eduardo Justino Branco CPF: 316.832.424-67  
Profissão: Recebeiro de Endereço: Rua Sílton de Souza Número: 205 Complemento: BLB AP104  
Bairro: Embur CEP: 5800000  
Cidade: João Pessoa Estado: PB Tel.(DDD): 83-98849 5530  
Email: ccj.cobras@gmail.com

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 POUPIANÇA (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: Itau  
AGÊNCIA:   CONTA:    (5)  
(Informar o dígito se existe) (Informar o dígito se existe) (Informar o dígito se existe)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):  
 Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.  
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo 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 da 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 pais/avós vivos?  Sim  Não  
Vivos: Falecidos:  
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
Local e Data: João Pessoa - PB, 01/10/19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Luis Eduardo J. Branco  
Assinatura do Representante Legal (se houver): Rubem Luiz de Queiroz  
Assinatura do Provedor (se houver): Embur não

TESTEMUNHAS IMPREV  
1ª Nome: EV PREVIDÊNCIA S/A  
CPF: \_\_\_\_\_  
03 OUT. 2019  
Assinatura  
2ª Nome: PROTOCOLO  
CPF: 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 RODO, 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.





NOTÍFICA DE DEPÓSITO DINHEIRO CAIXA ELETRÔNICA  
BANCO 341 CTR 636001 23/02/2019 09.36.28

AGÊNCIA: 0572 C/DA CORRENTE: 38539-5  
R\$ 10,00  
UIS - UNICAP  
CAIXA ELETRÔNICA F. 94078216-JPESP50

DEPÓSITOS REALIZADOS APÓS O HORÁRIO DE  
EXPEDIENTE BANCÁRIO ESTÃO SUJEITOS À  
EFETIVAÇÃO SOMENTE NO DECORRER DO PRÓXIMO DIA  
ÚTIL. DEPÓSITOS REALIZADOS NOS SABADOS,  
DOMINGOS E FÉRIAS SÃO EFETIVADOS NO DECORRER  
DO PRÓXIMO DIA ÚTIL.

SE HOJER EFETIVAÇÃO DO ENVELOPE, SERÁ LAVADO  
O VALOR ENCONTRADO. SE VAZIO, NÃO SERÁ ABERTO  
PERMANECERÁ POR 60 DIAS NA AGÊNCIA ONDE FOI  
DEPOSITADO, PARA COMPROVAÇÃO. NESTES CASOS  
APENAS PARA REGISTRO, O VALOR INFORMADO PELO  
CLIENTE SERÁ CREDITADO E ESTORNADO NO EXTRATO

PREV  
COMERCIAL DE PREVIDÊNCIA S/A  
03 OUT. 2019  
PROCOLO  
JOÃO PESSOA



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Nota: para corrigir pagamento na nota fiscal/baixa de energia elétrica - Nº 019.892.429



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 08.093.163 / 0001-40 - Insc. Est. 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
EDSON E SILVA JUNIOR PRO SOLON DE LUCENA 205 BL B AP104 JOAO PESSOA		5/276670-7		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
FEV/2019	08/02/2019	143	15/02/2019	R\$ 126,07

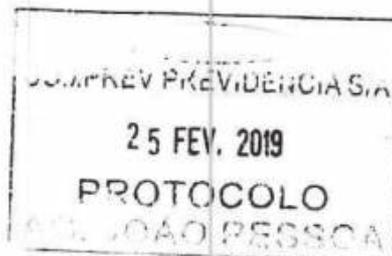
Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



DESTAQUE Nº38

EDSON E SILVA JUNIOR  
Roteiro: 06-001-068-2180  
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/02/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
15/02/2019	R\$ 126,07	276670-2019- 02-1



# CAIXA

A vida pede mais que um banco

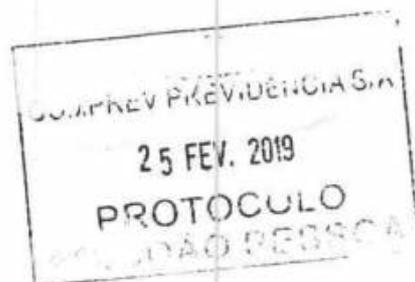


CTC RECIFE PE PLB DATA DE POSTAGEM: 08/01/2019

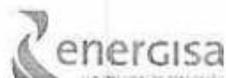
ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
AV COREMAS 172  
CENTRO  
58013-430 JOAO PESSOA PB



7211307021227634801740534730080119



# BOLETO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Br. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ: BR 085 183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

Supervisor Comercial Fiscal  
Nº 029.545.611

**DADOS DO CLIENTE**  
EDSON E SILVA JUNIOR  
PRQ SOLOM DE LUCENA 205 BL B AP104  
JOAO PESSOA

**CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR**  
5/276670-7

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
AGO/2019	16/08/2019	117	23/08/2019	R\$ 107,25

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

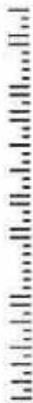
PAGAR PREFERENCIALMENTE NO				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 19/08/2019				
Pagador: EDSON E SILVA JUNIOR CNPJ/CPF: 840.962.844-91				
PRQ SOLOM DE LUCENA 205 BL B AP104 - CENTRO - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000149706	000276670201908	23/08/2019	R\$ 107,25	
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25. S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário:				

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
03 OUT. 2019  
PROTOCOLO  
AC. JOÃO PESSOA



# CAIXA

A vida pede mais que um banco.



CTE RECIFE PE PL7 DATA DE Postagem: 08/05/2019

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
AV COREMAS 172  
CENTRO  
58013-430 JOAO PESSOA PB



5028 PM



731136702137827462701863430680519

COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A

03 OUT. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA





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

Processo: 08102371320198152003

**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 **LUIS EDUARDO JUSTINO FRANCA**, 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:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa, qual seja **R\$ 945,00 (NOVECENTOS E QUARENTA E CINCO REAIS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a **liquidação do sinistro na esfera administrativa**, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da **prova pericial corresponde a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado *o quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 21 de dezembro 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/01/2021 14:40:01  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011414400150100000036622409>  
Número do documento: 21011414400150100000036622409