



Número: **0800970-80.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **05/02/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CICERO DELFINO DE LIMA (AUTOR)	JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)
LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35147 988	06/10/2020 11:03	<u>Petição</u>	Petição
35147 991	06/10/2020 11:03	<u>2708167_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
35147 994	06/10/2020 11:03	<u>2708167_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:03:04
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611030462400000033588602>
Número do documento: 20100611030462400000033588602

Num. 35147988 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190409302 Vítima: CICERO DELFINO DE LIMA

Data do Acidente: 11/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

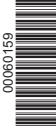
Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00317/00318 - carta_02 - INVALIDEZ



00060159

Carta nº 14525747



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:03:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010061103048500000033588605>
Número do documento: 2010061103048500000033588605

Num. 35147991 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190409302 Vítima: CICERO DELFINO DE LIMA

Data do Acidente: 11/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERO DELFINO DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

PPag. 00833/00834 - carta_01 - INVALIDEZ

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

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14525748



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:03:05
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611030485000000033588605>
Número do documento: 20100611030485000000033588605

Núm. 35147991 - Pág. 2



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, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190409302 Vítima: CICERO DELFINO DE LIMA

Data do Acidente: 11/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERO DELFINO DE LIMA

Informamos que o pagamento da inde

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\$ 5.062,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%

Valor a indenizar: $37,50\% \times 13.500,00 =$ R\$ 5.062,50

Recebedor: **CICERO DELFINO DE LIMA**

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 104

Agência: 000001456

Conta: 0000009872-2

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190409302 Vítima: CICERO DELFINO DE LIMA

Data do Acidente: 11/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERO DELFINO DE LIMA

Informamos que o pagamento da inda

abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 5.062,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%
Solução: Encaminhar - 75%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalides Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%

Valor a Indenizar: 37,50% x 13.500,00 = R\$ 5.062,50

Recebedor: **CICERO DELFINO DE LIMA**

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 104

Agência: 000001456

Conta: 0000009872-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidade 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

Atencioéamento

Seguradora Líder-DRVAT

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:	Nome completo da vítima:	
	043.992.494-47	Cícero Delfino de Lima	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Profissão: Endereço: Bairro: Cidade: E-mail:		CPF:	04399249447
		Número:	553
		Complemento:	
		Estado:	PB
		CEP:	58000-000
		Tel. (DDP):	(83) 986634900

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

RECLUSO 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 OPCIÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 3456 CONTA: 09872 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

(Informar o dígito se existir)

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

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 as custas da Seguradora Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data:	<i>João Pessoa - PB 03/07/19</i>
Nome:	<i>Cícero Alvaro de Lima</i>
CPF:	<i>31.111.111-111</i>

(*) Assinatura de quem assina a RODO

Cícero Alvaro de Lima
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

FPS.001 V001/2018

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

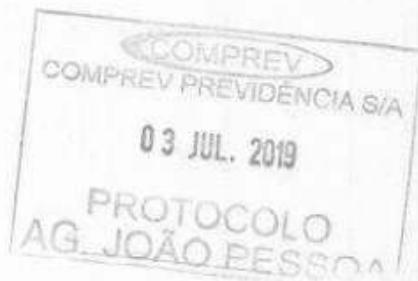
2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

03 JUL. 2019

Assinatura



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:03:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611030485000000033588605>
Número do documento: 20100611030485000000033588605

Num. 35147991 - Pág. 6

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**



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07174.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07174.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 09:56 horas do dia 01 de julho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Cícero Delfino de Lima**, RG nº 2078542 SSP/PB, CPF nº 043.992.494-47, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Pintor, filho(a) de Luzia Delfino de Lima e Não Declarado, natural de Bonito de Santa Fé/PB, nascido(a) em 06/09/1979 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Cupiúbas, Nº 353, complemento CASA, bairro Muçumagro, tendo como ponto de referência Bar de Paulo., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98793-7914.

Dados do(s) Fatos:

Local: Pb 008, Próximo a Acadepol., João Pessoa/PB, bairro Costa do Sol; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/01/19 12:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo a declarante no dia 11/01/2019 por volta das 12:30 horas quando transitava, pelo PB008; Jacarapé, João Pessoa-PB nas imediações do ACADEPOL, com o veículo tipo HONDA/NXR150 BROS ES e modelo: 2006/2006, de cor vermelha de placa: MNO/0197PB CHASSI: 9C2KD03306R035559 pertencente ao Sr. José Ricardo Claudio da Costa; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando um veículo não identificado/evadiu-se do local trancou o declarante fazendo com que o mesmo perdesse o controle da moto e colidisse com um veículo Camionete F400 não identificada; Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo SAMU ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, onde foi diagnosticado, de acordo com CERTIDÃO nº 0785/2019, FRATURA EXPOSTA GRAVE DE OSSOS DO METATARSO + FERIMENTO EXTENSO DE PARTES MOLES CID S 92.3 conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dr. Francisco Guedes de S. Neto CRM 2516/PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 01 de julho de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA

Agente de Investigação

CÍCERO DELFINO DE LIMA

Noticiante



1/1



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:	Nome completo da vítima:	
	043.992.494-47	Cícero Delfino de Lima	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: Profissão: Endereço: Bairro: Cidade: E-mail:		CPF:	04399249447
		Número:	553
		Complemento:	
		Estado:	PB
		CEP:	58000-000
		Tel. (DDP):	(83) 986634900

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

RECLUSO 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 OPCIÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 3456 CONTA: 09872 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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

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 as custas da Seguradora Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data:	<i>João Pessoa - PB 03/07/19</i>
Nome:	<i>Cícero Alvaro de Lima</i>
CPF:	<i>11.111.111-11</i>

(*) Assinatura de quem assina a RODO

Cícero Alvaro de Lima
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

FPS.001 V001/2018

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

03 JUL. 2019

Assinatura



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:03:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611030485000000033588605>
Número do documento: 20100611030485000000033588605

Num. 35147991 - Pág. 9



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:

043.992.494-47

Nome completo da vítima:

Cícero Delfino de Lima

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Bairro:

E-mail:

CPF:

Nome:

Rua das Cupiubas

Cidade:

João Pessoa

Nome:

CPF:

Número:

553

Complemento:

CEP: 58000-000

Tel. (DPE): (83) 986634900

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

RECLUSO 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 OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3456

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 09872

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

(Informar o dígito se existir)

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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 as custas da Seguradora Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

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: Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não
Vivos: Falecidos:

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

Local e Data: João Pessoa - PB 03/07/19
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina a RODO

Cícero Alvaro de Lima
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

03 JUL. 2010

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.

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:03:05
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611030485000000033588605

Número do documento: 20100611030485000000033588605

Num. 35147991 - Pág. 10



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:03:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010061103048500000033588605>
Número do documento: 2010061103048500000033588605

Num. 35147991 - Pág. 11

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190409302 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO DELFINO DE LIMA **Data do acidente:** 11/01/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do 1º e 2º MTT do pé E com lesão do tendão extensor, ferimento extenso de partes moles

Descrição do exame AO EXAME : PRESENÇA DE ULCERA NA FACE DORSAL DE PÉ E COM GRANDE RETRAÇÃO DE PELE, DEFORMIDADE, **físico:** COM PERDA DE 75% EVERSAO, INVERSAO E FLEXAO DO PÉ E, LIMITAÇÃO DE 75% DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR DE 1º E 2º PODODÁCTILOS ESQUERDOS.

Resultados terapêuticos: REALIZADO OSTEOSÍNTESE NA URGÊNCIA , 02 LIMPEZAS , REALIZAÇÃO DE ENXERTO DE PELE. ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL . JÁ ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional grave do pé esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 09/07/2019

Conduta mantida:

Observações: Indenização em grau intenso do pé E devido a repercussão funcional (presença de deformidade do pé, grande retração de pele, presença de úlcera na face dorsal, limitação grave da mobilidade do 1º e 2º pododáctilos esquerdos, limitação grave da eversão, inversão e flexão do pé).
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

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 pés	50 %	Em grau intenso - 75 %	37,5%	R\$ 5.062,50
		Total	37,5 %	R\$ 5.062,50



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA Ficha Nr: 196908 Atd: Nao Regula
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY Data: 11/01/2019
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 14:35:40
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980 Repcionista: GILMAR DE SOUTO CAVAL
FAX: () - CNPJ: Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: CICERO DELFINO DE LIMA Num. Prontuario: 2019.01.001254

CNS: SEM CNS Sexo: M CPF: 04399249447 Fone: 981466169
Natural: BONITO DE SANTA FE/PB Data Nasc.: 06/09/1979 Id: 39 ano(s)

End.: RUA CUPIUBAS, 353
Bairro: MUCUMAGRO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: LUZIA DELFINO DE LIMA Pai:

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: PINTOR SEM ESPECIFICACAO (SEM CURSO SUPERIOR) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:

Resp.: CICERO DELFINO DE LIMA
Tel/Doc. Responsavel: 981466169 / CPF: 04399249447

Procedencia: RESIDENCIA

sporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: COLISAO - MOTOCARRO - CONDUTOR

Vitima de violência por: SO - TARDE - PX A CADEPOL - JACARAPE

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
Doenca Principal		<input type="checkbox"/> Vomito
MA DE COLISAO CARRO MOTO, COMSUSPEITA DE JRA EXPOSTA EM MIE		Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*JOAO CICERO DELFINO DE LIMA
Sintomas: Dolor abdominal e dor de cabeça.*

Diagnostico | Conduta

Prescricao | Horario da medicacao
① Sulfato de zinco 5.000 U em 15.30 mg/dia
② Ibuprofeno 400 mg + 02 - dia

Ronney A. Braga dos Santos
Medico - Cirurgia Geral

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

27.07.2019
Realizado Examen Fisiológico e Orientado.

Guionar Ferrera de Sibó
Puestoga Clínica e Hospital
CPG 12-4365

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

COVERS 1971-1980

PROCEDIMENTO REALIZADO

03.01.2019

DESTINO DO PACIENTE

- Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



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

Ficha Nr: 196908 Atd: Nao Regula
Data: 11/01/2019
Hora: 14:35:40
Repcionista: GILMAR DE SOUTO CAVAL
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: CICERO DELFINO DE LIMA Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M CPF: 04399249447 Fone: 981466169
Natural: BONITO DE SANTA FE/PB Data Nasc.: 06/09/1979 Id: 39 ano(s)

End.: RUA CUPIUBAS, 353
Bairro: MUCUMAGRO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: LUZIA DELFINO DE LIMA Pai:

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: PINTOR SEM ESPECIFICACAO (SEM CURSO SUPERIOR) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:

Resp.: CICERO DELFINO DE LIMA
Tel/Doc. Responsavel: 981466169 / CPF: 04399249447

Procedencia: RESIDENCIA

sporte utilizado: SAMU
Vitima de acidente por: COLISAO - MOTOCARRO - CONDUTOR
Vitima de violência por: SO - TARDE - PX A CADEPOL - JACARAPE

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA
Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
Doenca Principal		<input type="checkbox"/> Vomito
MA DE COLISAO CARRO MOTO, COMSUSPEITA DE JRA EXPOSTA EM MIE		Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*JOVEM L C Glicose nro em pras a convenc
Sangue em fracion espuma de pr sonda.*

Diagnostico | Conduta

Prescricao | Horario da medicacao
*① Sulf 5.000 U fm 15.30 Legion
② gyzolm 1g + 02 - can*

Ronney A. Braga dos Santos
Medico - Cirurgia Geral



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

27.07.2019

Realizado atendimento psicologico e orientação.

A.

Giuomar Ferreira da Silva
Psicóloga Clínica e Hospitalar
CRP 13 4365

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

COMPROVADA PELA ENFERMAGEM

03 JUL. 2019

PRO¹ 1000
AG 1000

DESTINO DO PACIENTE

- Residencia Transferido Desistencia UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



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: 18/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO DELFINO DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01456

CONTA: 00000009872-2

Nr. da Autenticação AF7B27D6F5327258



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:03:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010061103048500000033588605>
Número do documento: 2010061103048500000033588605

Num. 35147991 - Pág. 17



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte
inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Cícero Delfino de Lima inscrito (a) no CPF sob o N° 043992494-47,
do sinistro de DPVAT cobertura Irregular, ca Vítima Cícero Delfino de Lima
inscrito (a) no CPF sob o N° 043992494-47, 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 na residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

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

Local e Data:

João Pessoa - PB 03/07/19

Assinatura do Declarante

COMPREV
COMPREV PREVID

03 JUL 2020

PRO
AG. JF

nr.DRI_001 V001/2017





CERTIDÃO

Nº. 0785/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº 196908 e prontuário 2019.01.001254 pertencentes a **CICERO DELFINO DE LIMA** que foi atendido dia 11/01/2019 ás 14H35min, vitima de colisão moto x carro, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

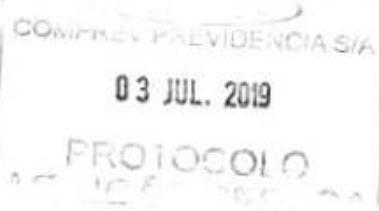
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de pé esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 11/01/2019, 07/02/2019 com alta médica dia 24/03/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 30 de maio de 2019



Médica
CRM/PB 4516
Dr. Fabiana Fernandes de Araújo
CARDIOLOGIA
CRM-PB 4516





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:03:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010061103048500000033588605>
Número do documento: 2010061103048500000033588605

Num. 35147991 - Pág. 20

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

Ficha Nr: 196908 Atd: Nao Regula
Data: 11/01/2019
Hora: 14:35:40
Repcionista: GILMAR DE SOUTO CAVAL
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: CICERO DELFINO DE LIMA Num. Prontuario: 2019.01.001254

CNS: SEM CNS Sexo: M CPF: 04399249447 Fone: 981466169

Natural: BONITO DE SANTA FE/PB Data Nasc.: 06/09/1979 Id: 39 ano(s)

End.: RUA CUPIUBAS, 353

Bairro: MUCUMAGRO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: LUZIA DELFINO DE LIMA Pai:

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PINTOR SEM ESPECIFICACAO (SEM CURSO SUPERIOR) Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:

Resp.: CICERO DELFINO DE LIMA

Tel/Doc. Responsavel: 981466169 / CPF: 04399249447

Procedencia: RESIDENCIA

sporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO - MOTOCARRO - CONDUTOR

Vitima de violência por: SO - TARDE - PX A CADEPOL - JACARAPE

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA: FR:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

Doenca Principal

Observacao

MA DE COLISAO CARRO MOTO, COMSUSPEITA DE
JRA EXPOSTA EM MIE

03 JUL. 2019
CONFERIDA PREVIDENCIA SIA
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Jovem L. Gueda nro 066 prox a comunidade
Sangue no fôlego - excreta de ferido.

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

① Sulf 5.000 v fm 15.30 Legion

② ciprodine 1g + 0.5 - can

Ronney A. Braga dos Santos
Médico - Cirurgia Geral



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

27.02.2019
Realizado Atendimento Fisiológico e Orientações.

Guilherme Ferreira da Silveira
Psicólogo Clínico e Hospitalar
CRP 13 4365

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

COMPRENSIVE - EASY

03 JUL 2010

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- [] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico





Nome: CICERO DELFINO DE LIMA				Registro:
Idade:	Sexo: M	Cor:	Clínica: Traumatologia	EMP:
Data: 28/ 01 / 2019	Cirurgião: Everton			LR:
1º Assistente: Yury Cordeiro	2º Assistente:			
Anestesista:	Instrumentador:			
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<i>Fratura do 1 e 2 Metatarso</i>				S92.3
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
<i>O mesmo</i>				
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO
<i>Limpeza Mecanica Cirurgica</i>				03 JUL. 2019
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não Descreva: <i>Comissão de Análise de Complicações</i> <i>AG JUL 2019</i>				
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				

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:03:05
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611030485000000033588605>
Número do documento: 20100611030485000000033588605

Num. 35147991 - Pág. 23

Descrição da Cirurgia	
Posição e Preparo:	Paciente em decúbito dorsal sob anestesia Assepsia + Antissepsia Aposição de campos cirúrgicos estéreis
Incisão:	
Achados:	Visualização de fratura de 1 e 2 metatarso
Conduta:	Realizado desbridamento de tecidos desvitalizados Drenagem de secreção e expressão de dorso do pé Exposição de tendão extensores Solicito parecer da cirurgia plástica Acompanhamento com comissão de curativo
Fechamento:	Curativo com sulfadiazina de prata
OBS:	03 JUL. 2019 PROT. N.º 0 AG. JOÃO Dr. Yury Coimbra Ortopedia e Traumatologia CRM-PR 11507
Data:	28 / 01 / 2019

MÉDICO/CRM





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>João Felipe de Lima</i>				Registro:	
Idade: 09	Sexo: M	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: 09/02/19	Cirurgião: <i>André Sampaio</i>		1º Assistente: <i>Felipe</i>		
2º Assistente: <i>Ana Praga</i>	3º Assistente: <i>Letícia</i>		Instrumentador:		
Anestesista: <i>Wellinton</i>	Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Infeção de Fenda Dentária</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>9 mm</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>LNC + drenamento</i>					
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:

- 1- Paciente em TYY na anestesia.
- 2- Anepicris + anticoagulante.
- 3- Aproximação das artéria e veias.

Incisão:

Ø

Achados:

- 4- Fazimento de incisão da fibra em grande medida - ótimo de maneira definida.

Conduta:

- 5- LMC + dilatamento.
- 6- Limpeza com SF o ar. irrigação.
- 7- Fundo de saco para saída sangue.

Fechamento:

Ø

com

03 JUL. 2019

Próximo
AG. JOÃO P.

OBS:

Até exame no intumescência

Data: 02 / 02 / 19

MÉDICO/CRM

Dr. Felizete Moreira Torres
Médico Cirurgião
CRM-RJ 10000
CREFITO RJ 10000





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: LICÉNO DELFINO DE LIMA				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: 11/07/19	Cirurgião: Dr. FRANCISCO GUERRE			1º Assistente: Dr. VULY	
2º Assistente: Dr. VULY	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	Tipo Anestesia:			Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
FX EXPOSTA 3 e 2 Molar LESÃO TEGÁDICA EXTENSAS HALUX + LESÃO EXTENSA DE DENTES MOLAR.					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
O MESMO.					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
RAFF + TECNOMPI					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não					Descreva: <i>COMPLICACAO PREVISTA</i>
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 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:03:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611030485000000033588605>
Número do documento: 20100611030485000000033588605

Num. 35147991 - Pág. 27

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE C^A PÓ H SOB ANESTESIA.
ASSEPSIA + ANTISÉPSICO
APOSICAO DE CAMPOS ESTERILIZ.

Incisão:



Achados: EX POSITIO DE TENDOES + LESAO TENDOES.
EXTENSORIAS

Conduta:

LAV C COM SF 0,9%
DESCRUMBIMENTO DE TECIDOS DESVITELADOS
APOSICAO NG FIO K C^A 2MMTS. SOH
AUX DE ESCOPPIO.
TENOTOMIA DE TENDOES EXTENSORES
LIMPEZA EXCISTICA COM SF 0,9%
SUSPENSÃO DE PELE
CULTIVO
DT COM INOL
TALA DORTA.

Fechamento:

03 JUL. 2019

OBS: AVALIAÇÃO DA EQUIPE DO PÉ → RISCO ELEVADO.
DE NEKROSE OC PELF.

Dr. Yury Cordeiro
Ortopedico e Traumatologista
CRM-PB: 11507

MÉDICO/CRM

Data: 11/01/19

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:03:05

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611030485000000033588605>

Número do documento: 20100611030485000000033588605

Num. 35147991 - Pág. 28



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA					
NOME Líceu Salfiêo de Freitas				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	DTN	CLÍNICA	ENF	LEITO
			obraspol	27	417
DATA DE ADMISSÃO 11/01/19		DATA DE ALTA 22/03/19		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura exposta das ossas do P/ço + ferida aberta				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Fratura exposta das ossas do P/ço + ferida aberta					
OUTROS DIAGNÓSTICOS O. Liceus					
TIPOS DE EXAMES O.F. + Radiografia					
TRATAMENTO REALIZADO:					
MUC + Desbridamento + Rins p/ perfusão + curativos					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANAMSE + PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.		<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	
RESULTADO BACTERIOLOGIA				<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
CONDICÕES DE ALTA		MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO
					ÓSCITO

HISTÓRICO CLÍNICO HISTÓRICO, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES
Recente: paciente com história de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensão arterial. Fumante, alcoolista, tabagista. Alergias: alergia a penicilina. Antecedentes: cirurgia de apêndice em 1995. Problemas: dor abdominal, diarreia, perda de peso. Exames: glicose urinária positiva, glicose capilar de 140 mg/dL, glicose venosa de 120 mg/dL, colesterol total de 250 mg/dL, triglicerídeos de 150 mg/dL, creatinina de 1,2 mg/dL, uréia de 100 mg/dL, glicose capilar de 120 mg/dL.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

03 JUL 2009

DIETA: luto

Relative em casa por

Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em — dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lava-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer

MEDICAÇÕES PARA CASA: Refexolax + Álcool + Anafix

RETORNO Ao posto de saúde em **Ao Ambulatório de** **D-EP-6002-09** para retirada de pontos.

para retirada de pontos

em 30 dias para revisão.

176

Leonardo Miranda
MÉDICO

103-1877

ASS. MÉDICO / CRM

dar

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

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar.

Para DML, INSS, EMPRESAS ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA JUSTIÇA

TRABALHO CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:03:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010061103048500000033588605>
Número do documento: 2010061103048500000033588605

Num. 35147991 - Pág. 30



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:03:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611030485000000033588605>
Número do documento: 20100611030485000000033588605

Num. 35147991 - Pág. 31

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190409302**

Nome do(a) Examinado(a): **CICERO DELFINO DE LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Cupiúbas, 353 - Muçumagro - João Pessoa - PB - CEP 58066-144

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2078542**

Data e local do acidente: [**11/01/2019**] **JOÃO PESSOA -PB**

Data e local do exame: [**09/07/2019**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fx exposta do 1º e 2º MTT do pé E com lesão do tendão extensor.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ACIDENTE EM 11-01-2019 AO EXAME :PRESENÇA DE ULCERA NA FACE DORSAL DE PÉ E COM GRANDE RETRAÇÃO DE PELE+DEFORMIDADE, COM PERDA DE 75% EVERSAO,INVERSAO E FLEXÃO DO PÉ E+75% DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR DE 1º E 2º PDE

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

REALIZADO OSTEOSÍTESE NA URGÊNCIA ,02 LIMPEZAS +ENXERTO DE PELE ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL JÁ DE ALTA

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO MOTORA

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PÉ ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190409302**

Nome do(a) Examinado(a): **CICERO DELFINO DE LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Cupiúbas, 353 - Muçumagro - João Pessoa - PB - CEP 58066-144

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2078542**

Data e local do acidente: [**11/01/2019**] **JOÃO PESSOA -PB**

Data e local do exame: [**09/07/2019**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fx exposta do 1º e 2º MTT do pé E com lesão do tendão extensor.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ACIDENTE EM 11-01-2019 AO EXAME :PRESENÇA DE ULCERA NA FACE DORSAL DE PÉ E COM GRANDE RETRAÇÃO DE PELE+DEFORMIDADE, COM PERDA DE 75% EVERSAO,INVERSAO E FLEXÃO DO PÉ E+75% DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR DE 1º E 2º PDE

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

REALIZADO OSTEOSÍTESE NA URGÊNCIA ,02 LIMPEZAS +ENXERTO DE PELE ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL JÁ DE ALTA

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO MOTORA

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PÉ ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190409302**

Nome do(a) Examinado(a): **CICERO DELFINO DE LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Cupiúbas, 353 - Muçumagro - João Pessoa - PB - CEP 58066-144

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2078542**

Data e local do acidente: [**11/01/2019**] **JOÃO PESSOA -PB**

Data e local do exame: [**09/07/2019**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fx exposta do 1º e 2º MTT do pé E com lesão do tendão extensor.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ACIDENTE EM 11-01-2019 AO EXAME :PRESENÇA DE ULCERA NA FACE DORSAL DE PÉ E COM GRANDE RETRAÇÃO DE PELE+DEFORMIDADE, COM PERDA DE 75% EVERSAO,INVERSAO E FLEXÃO DO PÉ E+75% DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR DE 1º E 2º PDE

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

REALIZADO OSTEOSÍTESE NA URGÊNCIA ,02 LIMPEZAS +ENXERTO DE PELE ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL JÁ DE ALTA

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO MOTORA

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PÉ ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190409302**

Nome do(a) Examinado(a): **CICERO DELFINO DE LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Cupiúbas, 353 - Muçumagro - João Pessoa - PB - CEP 58066-144

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2078542**

Data e local do acidente: [**11/01/2019**] **JOÃO PESSOA -PB**

Data e local do exame: [**09/07/2019**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fx exposta do 1º e 2º MTT do pé E com lesão do tendão extensor.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

ACIDENTE EM 11-01-2019 AO EXAME :PRESENÇA DE ULCERA NA FACE DORSAL DE PÉ E COM GRANDE RETRAÇÃO DE PELE+DEFORMIDADE, COM PERDA DE 75% EVERSAO,INVERSAO E FLEXÃO DO PÉ E+75% DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR DE 1º E 2º PDE

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

REALIZADO OSTEOSÍTESE NA URGÊNCIA ,02 LIMPEZAS +ENXERTO DE PELE ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL JÁ DE ALTA

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO MOTORA

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

PÉ ESQUERDO

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190409302 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO DELFINO DE LIMA **Data do acidente:** 11/01/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 1º E 2º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LAVAGEM MECÂNICA E SUTURA + TENORRAFIA DE TENDÕES (PÁG 5 E 10).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00





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

Processo: 08009708020208152003

LIFE CONSULTORIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA, 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 **CICERO DELFINO DE LIMA**, 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\$ 5.062,50 (CINCO MIL E SESSENTA E DOIS REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**. Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Inválidez da parte autora.

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 2 de outubro 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:03:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611030566200000033588608>
Número do documento: 20100611030566200000033588608

Num. 35147994 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 06/10/2020 11:03:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100611030566200000033588608>
Número do documento: 20100611030566200000033588608

Num. 35147994 - Pág. 2