



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
35147988	06/10/2020 11:03	<a href="#">Petição</a>	Petição
35147991	06/10/2020 11:03	<a href="#">2708167_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
35147994	06/10/2020 11:03	<a href="#">2708167_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 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





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, 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.

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 14525748

Pag. 00833/00834 - 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, 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 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% 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, 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





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, 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 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% 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, 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

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: Cícero Delfino de Lima CPF: 043.992.494-47  
Profissão: Ricuse Endereço: Rua das Cupinças Número: 353 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Tucumã Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDD): (83) 986634900

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

**REDA 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 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: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 1456 CONTA: 09872 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, 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 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 ROGO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Cícero Delfino de Lima

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
03 JUL 2019  
PROTÓCOLO

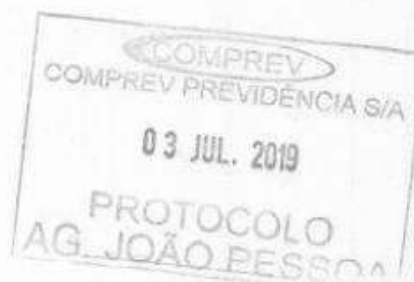
(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



*Oliveira  
que foi  
o primeiro*







**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: À(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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 01 de julho de 2019.

  
**CRISTIANO CRUZ CORDULA**  
Agente de Investigação

  
**CICERO DELFINO DE LIMA**  
Noticiante





## 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: Cícero Delfino de Lima CPF: 04399249447  
Profissão: Ricuse Endereço: Rua das Cupinças Número: 353 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Tucumã Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDD): (83) 986634900

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

**REDA 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 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: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 1456 CONTA: 09872 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, 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

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 ROGO  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Cícero Delfino de Lima

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_  
03 JUL 2019  
PROTÓCOLO

(\*) 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.

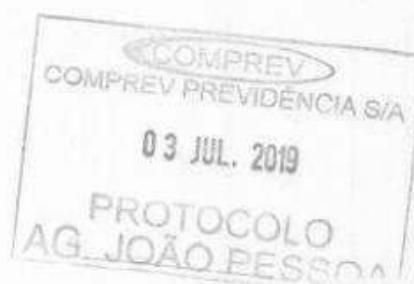
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





*Quilômetros  
que foram percorridos  
o Brasil*





## 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: Cícero Delfino de Lima CPF: 043.992.494-47

Profissão: Ricuse Endereço: Rua das Cupinças Número: 353 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Tucumã Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDD): (83) 986634900

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

**REDA 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 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: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 1456 CONTA: 09872 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, 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 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: \_\_\_\_\_

#### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

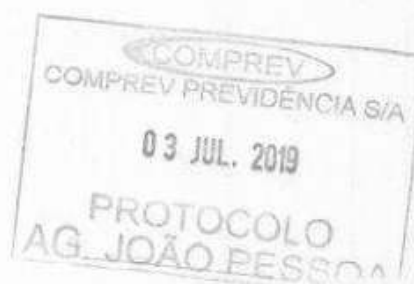
(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



*Oliveira  
que foi  
o primeiro*



## 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 físico:** AO EXAME : PRESENÇA DE ULCERA NA FACE DORSAL DE PÉ E COM GRANDE RETRAÇÃO DE PELE, DEFORMIDADE, COM PERDA DE 75% EVERSÃO, INVERSÃO E FLEXÃO DO PÉ E, LIMITAÇÃO DE 75% DE FLEXÃO DORSAL E PLANTAR DE 1º E 2º PODODÁCTILOS ESQUERDOS.

**Resultados terapêuticos:** REALIZADO OSTEOSSÍNTESE 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  
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  
Recepcionista: 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 Num. Prontuario: 2019.01.001254  
Natural: BONITO DE SANTA FE/PB Data Nasc.: 06/09/1979 Id: 39 ano(s)  
End.: RUA CUIUBAS, 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

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO - MOTOXCARRO - CONDUTOR

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

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispineia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito  
Observacao

Queixa Principal

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

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Robert L. Guerra não tem mais a consciência,  
segue em profundo estado de pre-morte.*

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

*01 SPT 5.000 v 15.30  
02 Opzoline 1g + 0.25 - 15.30  
03 0.1*

Ronney A. Braga dos Santos  
Médico - Cirurgia Geral





Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

27.07.2019

Realizado Atendimento Psicológico e Orientações.

*[Assinatura]*

Guilherme Ferreira da Silva  
Psicólogo Clínico e Hospitalar  
CRP 13 4365

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

COMPROMISSO DE FIDELIDADE

PROCEDIMENTO REALIZADO

03 JUL. 2019

PROTESTO  
AG. 10/07/2019

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

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  
Recepcionista: 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 Num. Prontuario: 2019.01.001254  
Natural: BONITO DE SANTA FE/PB Data Nasc.: 06/09/1979 Id: 39 ano(s)  
End.: RUA CUIUBAS, 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

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO - MOTOXCARRO - CONDUTOR

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

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispineia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito  
Observacao

Queixa Principal

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

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Robert L. Guadalupe não tem mais a consciência,  
segue em profundo estado de pre-morte.*

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

*01 SPT 5.000 v im 15:30  
02 opzoline 1g + 00 - an  
03 01*

Ronney A. Braga dos Santos  
Médico - Cirurgia Geral



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

27.07.2019

Realizado Atendimento Psicológico e Orientações.

*[Assinatura]*

Guilherme Ferreira da Silva  
Psicólogo Clínico e Hospitalar  
CRP 13 4365

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

COMPROMISSO

PROCEDIMENTO REALIZADO

03 JUL. 2019

PROTESTO  
AG 104

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



# 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:      000000009872-2

---

---

Nr. da Autenticação AF7B27D6F5327258





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação 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 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 COAP<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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandrina 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 nº 043992494 / 47

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Cícero Delfino de Lima

inscrito (a) no CPF sob o nº 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 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>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Trangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

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

Alexandrina Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante

COMPREV  
COMPREV PREVID

03 JUL 2019

PRC

AG. JC

NR 001 V001/2017



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



## CERTIDÃO

Nº. 0785/2019

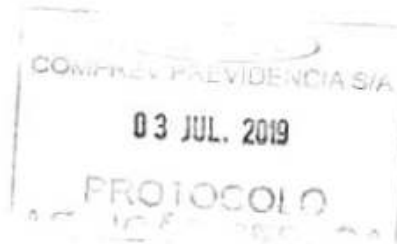
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº 196908 e prontuário 2019.01.001254 pertencentes a **CICERO DELFINO DE LIMA** que foi atendido dia 11/01/2019 às 14H35min, vítima 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, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 30 de maio de 2019

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







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  
Recepcionista: 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 Num. Prontuario: 2019.01.001254  
Natural: BONITO DE SANTA FE/PB Data Nasc.: 06/09/1979 Id: 39 ano(s)  
End.: RUA CUIUBAS, 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

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO - MOTOXCARRO - CONDUTOR

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

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
[ ] Hemorragia [ ] Dispineia  
[ ] Diarreia [ ] Agitado  
[ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito  
Observacao

Queixa Principal

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

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Portador de lesão no membro superior direito, com lesão  
surgida por acidente com moto, exposta de ferimento.*

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

① SPT 5.000 v 15.30  
② gabapentina 1g + 00-00  
③ 0.1

Ronney A. Braga dos Santos  
Medico - Cirurgia Geral



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

27.07.2019

Realizado Atendimento Inicológico e Orientações.

*Guilherme Ferreira da Silva*  
Psicóloga Clínica e Hospitalar  
CRP 12.4366

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

COMPANHIA SIA

03 JUL. 2019

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



Nome: CICERO DELFINO DE LIMA				Registro:	
Idade:	Sexo: M	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 28/ 01 / 2019			Cirurgião: <i>Everton</i>		
1º Assistente: <i>Yury Cordeiro</i>			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>Fratura do 1 e 2 Metatarso</i>					<i>S92.3</i>
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>O mesmo</i>					
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>					<b>CÓDIGO</b>
<i>Limpeza Mecânica Cirúrgica</i>					
<p>Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não</p> <p>Descreva:</p>					
<p>Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não</p> <p>Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:</p> <p>1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico</p>					

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA  
03 JUL. 2019  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO DELFINO



# 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 a 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:

COMPRESSA FRAQUELA 5X8

03 JUL. 2019

PROF. DR. D

AG. JOÃO

Dr. Yuri Cortez  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 11507

MÉDICO/CRM

Data: 28 / 01 / 2019





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Georgio Relfino de Lima</i>				Registro:	
Idade:	Sexo: <i>M</i>	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>07/02/19</i>	Cirurgião: <i>André Siqueira</i>			1º Assistente: <i>Felipe</i>	
2º Assistente: <i>Ana Thays</i>		3º Assistente: <i>Letícia</i>		Instrumentador:	
Anestesista: <i>Wagner</i>		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Inferção de Ferida Operatória</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>1 curado</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>LMC + desbridamento</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	
<b>Posição e Preparo:</b>	
1- Paciente em DMH no antebraço	
2- Anestesia + antiespasmódica	
3- Exposição de campos visuais	
<b>Incisão:</b> Ø	
<b>Achados:</b>	
4- Ferimento de penetração da fíbula com grande morte e áreas de necrose difusas	
<b>Conduta:</b>	
5- LMC + debridamento	
6- Limpeza com SF a 0,1% oxigenada	
7- Curativo estéril com uso de alginate	
<b>Fechamento:</b> Ø	
<b>OBS:</b> No curativo com antisepticidade	

CONFIRMADO  
03 JUL. 2019  
PROF. DR.  
AG. JOÃO P.

Dr. Felipe B. R. M.  
Médico Veterinário  
CRMV - 111111

Data: 02 / 02 / 19

MÉDICO/CRM





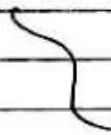


## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

PACIENTE EM PD H SOB ANESTESIA  
ASPERÃO + ANTISSEPSIA  
APOSEIO DE CAMPOS ESTERIL

### Incisão:



### Achados:

EX ESPONTO DE 2 MT + LESÃO TENDÃO.  
EXTENSORES

### Conduta:

L.M.C. COM SF 0,9%  
DESCOMPOSIÇÃO DE TECIDOS DESVITELHADOS  
APOSEIO DE FIO X EM DE 2 MTTS. SEM  
AUX DE ESCÓPIO.  
TENOTOMIA DE TENDÕES EXTENSORES  
LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%  
SUTURA DE PELE  
CURATIVO  
DE CONTROLE  
TALA BOIA.

### Fechamento:

03 JUL. 2019

### OBS:

AValiação DA EQUIPE DO PE' A RISCO ELEVARO.  
DE NECROSE DE PELE.

Data: 11/01/19

Dr. Yury Cordeiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB: 11507

MÉDICO/CRM

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





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		Eliene Delfino de Almeida		PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	END	CLÍNICA	ENF	LEITO
			ORTOMAN	27	417
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
11/01/19		22/03/19			
DIAGNÓSTICO INICIAL					CID
Exposição dos ossos do P. e A. + ferimento extenso					
O osso					
PRINCIPAIS EXAMES					
R.F. + Radiografia					
PROCEDIMENTO REALIZADO:					
Muc + Desbridamento + Acoplamento + curativo					
TERAPIA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÃO DE ALTA					
<input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO					

**RESUMO CLÍNICO** (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente do sexo feminino, 27 anos, com exposição dos ossos do P. e A. + ferimento extenso, desbridamento, acoplamento, curativo. Paciente com boa evolução clínica e ausência de sinais de infecção. Paciente com boa evolução clínica e ausência de sinais de infecção.

DIETA:		ORIENTAÇÕES PÓS ALTA	
LÍQUIDA			
REPOUSO:			
Relativo em casa por _____ dias			
Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias			
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias			
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:		Lava-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.	
MEDICAÇÕES PARA CASA:		Dorflex + Analg + Analg	

RETORNO		para retirada de pontos.	
Ao posto de saúde em		em 30 dias para revisão. O paciente	
Ao Ambulatório do Dr. Pedro Almeida		(Paciente)	
22/03/19.		Leandro Miranda	
DATA		ASS. MÉDICO / CRM	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar			
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO			
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO			





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRABALHO  
 SECRETARIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME  
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

RG  
 2627718 SSP RJ

CPF  
 046.502.754-74 Data de Nascimento  
 21/08/1982

PARCER  
 ALEXANDRE DE ARAUJO  
 DUARTE  
 MARCIA CESAR DUARTE

PROFISSIONAL  
 01851769600

ACD  
 16/01/2019

CADASTRO  
 29/06/2001

CAUTIONS

Alexandra Cesar Duarte

LOCAL  
 JOAO PESSOA, PB

DATA DE EMISSÃO  
 17/01/2014

Rodolfo Carneiro  
 66586356744  
 28027919595

DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

894056231

COMPREV  
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
 03 JUL. 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA



**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?**

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

***REALIZADO OSTEOSÍNTESE 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)?**

[ **X** ] 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 ( ☒ ) 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 OSTEOSÍNTESE 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 ( ☒ ) 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?**

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

***REALIZADO OSTEOSÍNTESE 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)?**

[ **X** ] 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 ( ☒ ) 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?**

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

***REALIZADO OSTEOSÍNTESE 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)?**

[ **X** ] 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 ( ☒ ) 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 4ª 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 SESENTA 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 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, 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



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