



10/06/2020

Número: **0820954-56.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.000,00**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO (AUTOR)		FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31439666	10/06/2020 12:34	<a href="#">2725746_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos





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, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200058312

Vítima: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Data do Acidente: 22/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentos de identificação</b>	Apresentar a cópia simples da carteira de identidade (RG) da vítima ou, se não possuir, da certidão de nascimento, da certidão de casamento atualizada, da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS ou da Carteira Nacional de Habilitação - CNH, pois não foi entregue.
------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00855/00856 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050428



Carta nº 15480725



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2020 12:34:38

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061012343861500000030158130>

Número do documento: 20061012343861500000030158130

Num. 31439666 - Pág. 1





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, 07 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200058312

Vítima: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Data do Acidente: 22/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

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,

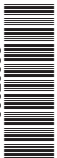
**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15484887

Pag. 00065/00066 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020033







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, 02 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200058312

Vítima: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Data do Acidente: 22/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01581/01582 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050791



Carta nº 15567215



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/06/2020 12:34:38

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061012343861500000030158130>

Número do documento: 20061012343861500000030158130

Num. 31439666 - Pág. 3





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, 17 de Abril de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200058312**

**Vítima: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO**

**Data do Acidente: 22/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO**

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

Multa:	R\$ 77,30
Juros:	R\$ 19,67
Total creditado:	R\$ 2.459,47

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

**Recebedor: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO**

**Valor: R\$ 2.459,47**

**Banco: 104**

**Agência: 000000922**

**Conta: 0000041352-0**

**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: 060.979.354-39 Nome completo da vítima: Jovelino Ramos de Araújo

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

Nome completo: Jovelino Ramos de Araújo CPF: 060.979.354-39

Profissão: agricultor Endereço: Sítio Passagem Número: 5/n Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: área Rural Cidade: Sobrado Estado: PB CEP: 58342-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0928 CONTA: 000413520

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

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

Local e Data: João Pessoa, 30/01/20

Nome: Jovelino Ramos de Araújo

CPF: 060.979.354-39

(\*) Assinatura de quem assina A RGO

X Jovelino Ramos de Araújo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

#### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

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 RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL  
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DE SAPÉ  
Rua Osvaldo Pessoa, nº 81, Centro, CEP 58.340-000.  
Telefone: (83) 3283-5949

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE MOTO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA nº 961/2019

Aos quatro (04) dias do mês de maio do ano de dois mil e DEZENOVE, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil **Dr. FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES**, juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 07:30 HS; compareceu JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO, brasileiro, casado, com 42 anos de idade, natural de Sapé, filho de José Batista de Araújo e Maria das Dôres dos Ramos, residente Sítio Areia Branca, s/n, zona rural de Riachão, o qual declarou o seguinte: QUE no dia 22 de maio do corrente ano, o noticiante pilotava uma moto Honda CG 150 FAN ESI de placa OEX 9553/PB, quando colidiu com um caminhão de placas KFF 2150/PB; QUE o acidente ocorreu na localidade de Lagoa do Padre; QUE por conta do acidente, o noticiante ficou internado no Hospital de Traumas, e até hoje tem sequelas do acidente. Era o que tinha a declarar. O referido é verdade, dou fé. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.

DECLARANTE

*Josival Ramos de Araújo*

ESCRIVÃ POLÍCIA:

*Cezarina Maria Araújo de Medeiros*

MAT: 135.635-6

Mat: 135. 635- 6







## 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: 060.979.354-39 Nome completo da vítima: Jovelino Ramos de Araújo

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

Nome completo: Jovelino Ramos de Araújo CPF: 060.979.354-39

Profissão: agricultor Endereço: Sítio Passagem Número: 5/n Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: área Rural Cidade: Sobrado Estado: PB CEP: 58342-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0928 CONTA: 000413520

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

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

Impressão digital da vítima/beneficiário

Local e Data: João Pessoa, 30/01/20

Nome: Jovelino Ramos de Araújo

CPF: 060.979.354-39

(\*) Assinatura de quem assina A RGO

X Jovelino Ramos de Araújo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

#### TESTEMUNHAS

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

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 RGO, 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.







## CERTIDÃO

Nº. 1640/2019

Atendendo solicitação de FLAVIANA DA SILVA CÂMARA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº231864 e Prontuário Nº 2019.05.2748 pertencentes ao paciente **JOSIVAL RAMOS DE ARAÚJO** foi atendido dia 22/05/2019 às 22h28min, vítima de acidente de moto, apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do radio distal esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 25/05/2019. Com alta médica dia 26/05/2019.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de setembro de 2019

Rossana de Fátima de A. Barbosa  
Médica de Vigilância à Saúde  
CRM-PB - 3533

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3533





# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	13/04/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	2.459,47
--------------	----------

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 000000041352-0

---

---

Nr. da Autenticação 30C7CCC72548BB0F





CAIXA ECONOMICA FEDERAL  
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE ABERTURA  
CONTA POUPANÇA F-CIL

CONVENIO: 13/01/2020  
OPERADOR: 000681458  
alex

CONTA: 0922.013.00041352-0  
NOME: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO  
CPF: 06097935439

COD. OPERACAO: 13101250

OPERACAO REALIZADA COM  
SUCESSO

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,  
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou  
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO  
SIT PASSAGEM, S/N - AREA RURAL  
SOBRADINHO PB CEP: 58242-000 (AQ: 51)

Ligação: WONDASCO  
C/Seg: RES MTC 011 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Roteiro 15 - 264-783-2120 Referência Cel: 2213  
Modelo: 0000648873 Emissão: 26/12/2019

**Energisa**

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R/238, km 25 - Distrito Administrativo - Jandaia do Sul/PR - CEP: 83071-600  
CNPJ: 08.095.183/0001-40 Ins. Est. 18.015.025-0

Nota Fiscal: 0014 de Energia e Transmissão 442.000  
Cód. para Dct. Automático: 001910020

Dez / 2019

26/12/2019

24/01/2020

000.979.354-SS

Imp. Est.

Aprovamos a 1ª regularização suas contas em atraso, podemos  
registrar para você começar a ano novo numa boa!

Data	Lectura	Data	Lectura	1	124	89
23/11/19	9042	20/12/19	8178			

Descrição	Consumo (kWh)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)	Valor (R\$)
0001 Consumo em kWh	134.300	3.812.970	108.93	108.93	27	25.41	108.93	1.16
0001 Adic. B. Vermelho	2.29	2.29	27	6.82	2.29	0.03	0.11	
0001 Adic. B. Amarelo	1.94	1.94	27	0.52	1.94	0.03	0.05	

CC	Código de Classificação de Item	TOTAL	113.16	113.16	20.55	113.16	1.19	5.46
Tarifa de Transmissão		0.545400						

06/01/2020

R\$ 113.16

RESERVADO AO FISCO

66f6.d180.431f.729b.38b3.2e8b.9aa7.8571.

Composição do Consumo			
Discriminação	Valor (R\$)	%	
Serviço de Dist. de Energia PE	29.11	25.72	
Consumo Energia	30.14	26.63	
Serviço de Transmissão	4.20	3.71	
Encargos Deferral	4.91	4.34	
Encargos Diretos e Encargos	37.23	32.93	
Outros Serviços	0.00	0.00	
Total	113.16	100.00	

Valor de Emissão (R\$ 10/2019): R\$ 0.00





ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
BR 230 KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA - PB - CEP - 58071-680  
CNPJ: 09.095.183/0001-40 INSC. EST.: 160156230

REAVISO DE CONTA

06 - 001 - 409 - 3140	B	CDC: 0000280012 - 6
PEDRO JOSE DA SILVA		
RUA DA REPUBLICA 390		
JOAO PESSOA	VARADOURO	
Domicílio:	CEP: 58.010- 18	
Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA FLACAS	971 Medidor: 00008162616	Coordenadas: -7,121236, -34,889865





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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu Floriana do Silveira Gomes inscrito (a) no CPF sob o Nº 048.079.624/69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Josival Romão de Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.979.354/39, do sinistro de DPVAT cobertura indefinida da Vítima Josival Romão de Araújo inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.979.354/39, 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 da República</u>		Número <u>390</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 8873-0310</u>

João Pessoa, 31 de junho de 2020  
Local e Data

Floriana do Silveira Gomes  
Assinatura do Declarante





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 231864

Atd: Nao Regulad

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 22/05/2019

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 22:28:52

58056-334 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980

Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA

FAX: ( ) - CNPJ:

Clinica: ORTOPIEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Num. Prontuario: 2019.05.002748

CNS: 708803168710287 Sexo: M IDENTIDADE: 2260285 Fone: 991655831

Natural: SAPE/PR Data Nasc.: 15/11/1976 Id: 42 ano(s)

End.: SÍTIO AREIA DO SOBRADO,0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SOBRADO UF :PR

Mae: MARIA DAS DORES DOS RAMOS

Pai: JOSE BATISTA DE ARAUJO

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOSE AL RANOS DE ARAUJO

Telef. Responsavel: 991655831 / IDENTIDADE: 2260285

Local: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO

Vitima de violência por: NO LAGOA DO PADRE/COND.

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Nível de Classificação de Risco: VERDE

RA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

PC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispineia

Glucemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vômito

Queixa Principal

Observacao

LA EM MSE

PACIENTE ENCAMINHADO DO HEETSHL, CONFORME PACTUACAO.

HISTÓRIA - Exame Físico - (hora de atendimento médico)

PACIENTE ENCAMINHADO DO TRAMA, VITIMA DE ACIDENTE MOTO

APROXIMADA PRIMA DE GALEATI.

Diagnóstico

[ ] Conduta

Prescrição

[ ] Horário da medicação

INTERVALO PI TPO CIRCULACE

Dr. Pontes





AO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI  
☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

ente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico







## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: JOSIVAL RAMOS DE AMATO		Data da Admissão: 22/05/19	
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:
Nome da Mãe:		Bairro:	
Endereço:	Cidade:	Estado:	Fone:
Sexo: F ( ) M ( )	Cor:	Estado Civil:	Profissão:
Escolaridade:	Religião:		Data de Nascimento: / /
OPD: DOR EM ANTEBRAÇO			
HDA: VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO DOU O DEFORMIDADE E- ANTEBRAÇO (C)			
Medicações em uso:			
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>			
<b>Geral:</b> [ ] Febre [ ] Astenia [ ] Anorexia [ ] Perda de Peso ____ Kg em ____ [ ] Prurido [ ] Sudorese [ ] Calafrios [ ] Alopecia [ ] Adenomegalias [ ] Icterícia [ ] Tonturas [ ] Outros: ____			
<b>Pele:</b> ____			
<b>Cabeça e Pescoço:</b> [ ] Cefaléia [ ] Espirros [ ] Rinorréia [ ] Obstrução Nasal [ ] Epistaxe [ ] Dor de Garganta [ ] Bócio [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: ____ Visão: ____			
<b>AR e ACV:</b> [ ] Dor ____ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise [ ] Dispnéia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema ____ Outros: ____			
<b>ABD:</b> [ ] Dor ____ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas [ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume			
<b>AGU:</b> [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria [ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: ____			
<b>SME:</b> [ ] Dor ____ [ ] Rigidez pós-reposouso [ ] Deformidades [ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos			
<b>SN e PSO:</b> [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade ____ [ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor ____			

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





**Hábitos:**

[ ] HTF  
[ ] JHEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa  
[ ] Nco [ ] Tabagismo

Alimentação

es:

DM TB NEO

ura: m IMC = PA= mmHg  
FR= TEMP(°C)=

e Otoscopia):

Complementares:

s: FX DIAPHRAGMA DE RADIO A LUZAO M ARUD

CIRURGICO

Dr. Yuri de Almeida  
Otorrinolaringologista  
CRM-PR: 11300  
Dr. TORRES

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







## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Paulo R. de Araújo</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <u>Dr. F. Silva</u>		1º Assistente: <u>Dr. F. Silva</u>		
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <u>Dr. Souza</u>	Tipo Anestesia: <u>OPQ</u>		Horário: I:		T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>ft. radio</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>0 u</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>ft. radio</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 ( ) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

P. de h. sul

Adm. sul

Pet. nêdo

Pet. d. put

Tr. c. Plume e

Refusos

at. plm - luto

Dr. F. G. F. Borborema  
CRM-PB 5395  
CRM-PE 14654  
SBOT 0976

5,13



MÉDICO/CRM

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







GOVERNO DA PARAIBA		GOVERNO DA PARAIBA	
Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena		Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena	
Cruz Vermelha Brasileira		Cruz Vermelha Brasileira	
<b>Receituário</b>		<b>Receituário</b>	
Paciente: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO		Paciente: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO	
Idade: 42		Idade: 42	
Sexo: Masculino		Sexo: Masculino	
CPF: Não Informado		CPF: Não Informado	
BAE: 1164534		BAE: 1164534	
Data: 22/05/2019 16:59:02		Data: 22/05/2019 16:59:02	
#ORTOPEDIA#		#ORTOPEDIA#	
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EVOLUI COM DOR NO ANTEBRAÇO ESQUERDO		PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO EVOLUI COM DOR NO ANTEBRAÇO ESQUERDO	
RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA LUXAÇÃO DIAFISÁRIA DO RÁDIO		RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA LUXAÇÃO DIAFISÁRIA DO RÁDIO	
CONDUITA: CONFORME PAC TUAÇÃO ENCAMINHO AO TRAUMINHA		CONDUITA: CONFORME PAC TUAÇÃO ENCAMINHO AO TRAUMINHA	
			
Dr. LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA 8637/PB		Dr. LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA 8637/PB	
HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090		HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090	

Orth Trauma





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: JOSIVAL RAMOS DE ALMEIDA					PRONTUÁRIO Nº	
IDADE: 42a	SEXO: M.	COR:	CLÍNICA:	ENF: 17	LEITO: 160.	
DATA DE ADMISSÃO: 22/05/19.		DATA DE ALTA: 26/05/2019.		TEMPO DE PERMANÊNCIA:		
DIAGNÓSTICO INICIAL: FX. RÍDIO (D) DIÁFISE					CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O MESMO.					582.3	
OUTROS DIAGNÓSTICOS:						
PRINCIPAIS EXAMES: RADIOGRAFIA.						
PROCEDIMENTO REALIZADO: OSTEOSÍNTESE.						
TERAPIA MEDICAMENTOSA:						
ANATOMIA PATOLÓGICA:						
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLTA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
RESULTADO BACTERIOLÓGICO:						
CONDIÇÃO DE ALTA: <input checked="" 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 com FX RÍDIO (DIÁFISE) E; FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM POSIÇÃO DE PLACA E FURTO. APOIS ATO EM BONS CONDIÇÕES GERAIS.

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: RE  
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.  
Retorno às atividades sem esforço físico em 22 dias.  
Retorno às atividades com esforço físico leve em 28 dias e com esforço maior em 30 dias.  
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-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: ANALGÉSICO + ANTINFLAMATÓRIO

RETORNO Ao posto de saúde em 10 para retirada de pontos.  
Ao Ambulatório do ORTOPEDIA em 30 dias para revisão. Dr. FIDEL

26/05/19.

DATA

Dr. Kleber Fernandes da Nobrega  
Res. Ortopedia e Traumatologia

ASS. MÉDICO / CRM

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









**CARTÃO DE RETORNO**

PACIENTE: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

DATA DO ATENDIMENTO: 28/05/18

☐ N° PRONTUÁRIO:                      ☐ FICHA:                     

MÉDICO (CARIMBO): DR. FIORES

DIAGNÓSTICO: FX RADIO (E)

PROCEDIMENTO: QUILATESE

OSTEOSSÍNTESE.

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É  
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.



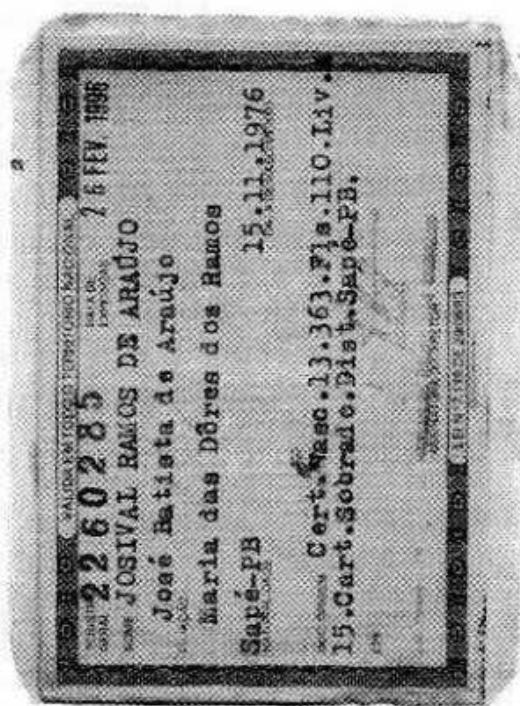














## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200058312 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO **Data do acidente:** 22/05/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE GALEAZZI À ESQUERDA. P3, 4

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). P6, 8  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR  
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 membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200058312 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO **Data do acidente:** 22/05/2019 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/04/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE GALEAZZI À ESQUERDA. P3, 4

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). P6, 8  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR  
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 membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Josival Ramos de Araujo, brasileiro(a), estado civil casado, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua João Pessoa nº 17, bairro Área Rural, Município de Sobrado, Estado de (o) Pernambuco, Cep: 58.342-000, portador(a) do Rg nº 2.260.285, SSP/PB e CPF nº 060.979.354-39.

**Outorgado:** Floriane da Silva Comaro, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua da República nº 310, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de (o) Pernambuco, Cep: 53.010-180, portador(a) do RG nº 26.1190, SSP/PB e CPF nº 048.049.624-69.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Josival Ramos de Araujo, ocorrido em 22.05.2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza inocuidade.

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

João Pessoa 29 de 01 de 20

Josival Ramos de Araujo  
Outorgante  
CPF nº 060.979.354-39

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047651/20

**Vítima:** JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

**CPF:** 060.979.354-39

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 22/05/2019

**Titular do CPF:** JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

**Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

#### JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO : 060.979.354-39

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/02/2020  
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA  
CPF: 048.079.624-69

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0047651/20

Número do Sinistro: 3200058312

Vítima: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

CPF: 060.979.354-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/05/2019

Titular do CPF: JOSIVAL RAMOS DE ARAUJO

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Documentos de identificação

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/02/2020  
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA  
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

