



Número: **0803370-67.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **09/06/2020**

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
JOAO CARLOS DE MORAES (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
RAFAEL LARA DE FREITAS (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
40448 850	10/03/2021 12:54	Petição	Petição
40448 851	10/03/2021 12:54	2738719_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02	Outros Documentos
40448 852	10/03/2021 12:54	2738719_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/03/2021 12:54:31
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031012543137900000038526222>
Número do documento: 21031012543137900000038526222

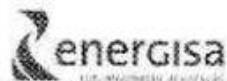
Num. 40448850 - Pág. 1

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento emitido digitalmente.

Documento não é segredo de conta.

Recurso para a simples pagamento da nota fiscal conta da energisa é através: NF 037.541.360



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480
CNPJ 08.885.383 / 01/01-48 Insc Est 16.815.623-6

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JAN/2020	20/01/2020	227	27/01/2020	R\$ 193,47

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 30/01/2020

Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45

RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008234773	001698281202001	27/01/2020	R\$ 193,47	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

PR230 KM 25, S/N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-480

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/03/2021 12:54:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031012543203100000038526223>
Número do documento: 21031012543203100000038526223

Num. 40448851 - Pág. 1



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

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

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

Capital e regiões metropolitanas: 4020-1999 / Outras regiões: 0800 022 12 06

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 Ovidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação do 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 COAF.

SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO AUTORIZADO PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUARIA. CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA Fazenda, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PESAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesario Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754-74, na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário

João Carlos de Moraes inscrito (a) no CPF sob o nº 733.622.824-72
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Carlos de Moraes

inscrito (a) no CPF sob o nº 733.622.824-72 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 à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Agente Fisical, lote 6, Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Vila Madalena</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>	
E-mail:							Tel. (DDP):	<u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 20/03/2020

Alexandria Cesario Duarte
Assinatura do Declarante





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: JOÃO CARLOS DE MORAES						PRONTUÁRIO N°:
DATA: 61	SEXO: MASC.	CCN:	CLÍNICA	ENF:	LEITO:	
DATA DE ADMISSÃO: 21/12/19			DATA DE ALTA: 03/01/20		TEMPO DE PERMANÊNCIA:	
DIAGNÓSTICO INICIAL: PT Bingleyah						CID: S.82.6
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O MESMO						
OUTROS DIAGNÓSTICOS:						
PRINCIPAIS EXAMES:						PT.
PROCEDIMENTO REALIZADO:						
NPFI.						
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:						
ANESTESIA/PATHOLOGIA:						
INFEÇÃO FG: <input checked="" type="checkbox"/> SIM		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA:						
CONDICÕES 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	ANAMSE: FEVEREIRO. TERAPÉUTICA: CUMPLIMENTADA.
Paciente submetido a TTO cirúrgico através de redução cruxifix + fixação interna com fio de tungsteno.	

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: 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: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: Alívio + Cefaleias					
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do Dr. NEAL VAL em 30 dias para revisão. 07/01/20				

03/01/20	DATA	D. Yury Condeiro CRM 11.607/8 Ortopedia e Traumatologia MEDICO / CRM
Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.		





CERTIDÃO

609
Nº. 0350/2020

Atendendo solicitação de **JOAO CARLOS DE MORAES** 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 nº289123 e Prontuário nº 2019.10.1812 pertencente ao paciente **JOAO CARLOS DE MORAES** que foi atendido dia 21/12/2019 ás 18h13min, vítima de colisão de moto x cachorro, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do tornozelo esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia, 02/01/2020. Com alta médica dia 03/01/2020.

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

João Pessoa, 20 de Abril de 2020

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

Dra Rosângela de Fátima de A. Barbosa
Clínica Médica/Medicina Intensiva
GERIATRIA / CRM - PB 3533



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMP. EXC HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
54056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 289123 Atd: Nao Regula-
Data: 21/12/2019
Hora: 18:13:32
Repcionista: GISELLE ETELVINO DE A
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: JOAO CARLOS DE MORAES
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 713.622.824-72
CNS: 700206973212630 Sexo: M IDENTIDADE: 585474 Fone: 987647281
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 05/05/1958 Id: 61 ano(s)
End.: RUA PROJETADA, 72
Bairro: JOSE AMERICO DE ALMEIDA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: EDITE NEVES DE MORAIS Pai: JOSE CARLOS DE MORAIS
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: Estado Civil: NAO INFORMADO
FORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Lisp.: JOAO CARLOS DE MORAES
Tel/Doc. Responsavel: 987647281 / IDENTIDADE: 585474
Procedencia: RESIDENCIA

Tipo de esporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vomito

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
<input checked="" type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
<input type="checkbox"/> Vomito
Observacao

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APOS COLISAO
CACHORRO

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Queda de moto. Apenas escoriações em MSE,
peito e membro movimento de forma gá ()*

Diagnóstico

*Conduta SAIR de cravado
2/01/2021*

Prescrição

Horário da medicacão

*31/12/2021
11:00 am
11:00 am*

Assinatura

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

() Residência () Transferido () Desistência () U.T.I
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado () S.V.O () I.M.L

PM⁵ da Glória S. Maria?

Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>João Carlos de Moraes</u>		Data da Admissão: <u>/ /</u>	
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:
Nome da Mãe:			
Endereço:	Bairro:		
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:
Sexo: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Cor: <u></u>	Estado Civil: <u></u>	Religião: <u></u>	Data de Nascimento <u>/ /</u>
Escolaridade: <u>6º mzt</u>			
QPD: <u>Ex mzt</u>			
HDA: <u>paciente ótimo de evolução de</u> <u>morte há 6h. com ex TNT.</u> <u>Reverido de Homero Lemos CO.</u>			
Medicações em uso: <u></u>			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso <u> </u> Kg em <u> </u> <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: <u> </u>			
Pele: <u></u>			
Cabeça e PESCOÇO: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia Audição: <u> </u> Visão: <u> </u>			
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor <u> </u> <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema Outros: <u> </u>			
ABD: <input type="checkbox"/> Dor <u> </u> <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Soluço <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: <u> </u>			
SME: <input type="checkbox"/> Dor <u> </u> <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposo <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos			
SN e PSQ: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor			



Name: <i>John E. Smith</i>		Sexo: <i>Male</i>	Cor: <i>White</i>	Clinica: <i>John</i>	EMR: <i>00000000</i>	Registro: <i>00000000</i>	Idade: <i>30</i>
Data: <i>20/11/20</i>		1º Assistente: <i>John</i>	2º Assistente: <i>John</i>	Instrumentador: <i>John</i>	3º Assistente: <i>John</i>	Tipº Anestesia: <i>John</i>	Anestesista: <i>John</i>
CID		DIAGNOSTICO (S) PRE-OPERATÓRIO					
CID		DIAGNOSTICO (S) POS-OPERATÓRIO					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)		CÓDIGO					
<i>John + John of the</i> <i>John + John of the</i>							
Descrição: <i>Acidente durante Ato Cirúrgico</i>		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Riopista de Congelação: <i>John</i>		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					
Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Outro durante o Ato Cirúrgico		<input type="checkbox"/> Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Outro durante o Ato Cirúrgico					

RELATORIO DE CIRUGIA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/03/2021 12:54:32
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103101254320310000038526223>
Número do documento: 2103101254320310000038526223

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ []HTF

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Ex TNZ* *②*Conduta: *As exames* *Su*

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Prado. dorf

Incisão:

lma liga da mala e colo

Achados:

Folha de mala est. e
mala

Conduta:

Ribos card. e per. q. bln d'IB e
corpo e peças mala

ETM dura q. m. com
e falso bala

Fechamento:

OBS:

Data: 01/01/20

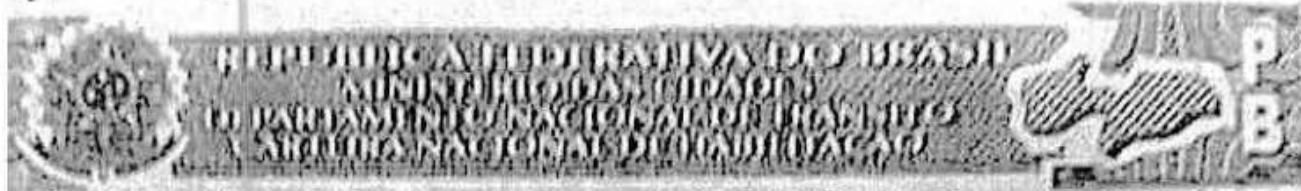

MÉDICO/CRM

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/03/2021 12:54:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031012543203100000038526223>
Número do documento: 21031012543203100000038526223

Num. 40448851 - Pág. 10



JOAO CARLOS DE MORAES



DOC. EMISSOR: ORG. EMISSOR: SE
505474 SGP PB

CPF: 713 622 824-72 DATA NASCIMENTO: 05/05/1958

PAIS/AVÓ:
JOSE CARLOS DE MORAES
EDITE NEVES DE MORAES

PERMISSÃO: ACC: CADAR: AB

Nº REGISTRO: 02545144035

VALIDADE: 22/02/2023

1º HABILITAÇÃO: 03/01/1998

DESCRIÇÃO:

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCA: JOAO PESSOA, PB

DATA FABRICAÇÃO: 28/02/2018

ASSINATURA DO PESSOA

61526810115
PB036348090

PARAIBA

O TERRITÓRIO NACIONAL

1638531391

PROIBIDO PLASTICAR

1638531391



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/03/2021 12:54:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031012543203100000038526223>
Número do documento: 21031012543203100000038526223

Num. 40448851 - Pág. 12

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200155130 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO CARLOS DE MORAES **Data do acidente:** 21/12/2019 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento faltante: Relatório Médico da Internação, Laudo de Exames de Imagem e em caso de cirurgia, folhas cirúrgicas

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVÍABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
 - LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
 - EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
- NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO

Outorgante: João Carlos de Moraes, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Pedreiro, residente e domiciliado à Rua Presidente nº 72, bairro Cidade dos Colibris, Município de João Pessoa, Estado de(o) Paraíba Cep: 58.000-000, portador(a) do RG nº 58.547.9 SSP/ 13 e CPF nº 713.622.824-72.

Outorgado: Alexandria Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Almirante Barreto nº 157, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de(o) Paraíba Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 262.771.8 SSP/ 13 e CPF nº 016.503.754-74.

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) João Carlos de Moraes, ocorrido em 23/12/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza invalides.

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, 12 de Fevereiro de 2020.



João Carlos de Moraes
Outorgante
CPF Nº 713.622.824-72

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120733/20

Vítima: JOAO CARLOS DE MORAES

CPF: 713.622.824-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/12/2019

Titular do CPF: JOAO CARLOS DE MORAES

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

JOAO CARLOS DE MORAES : 713.622.824-72

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 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: 23/04/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/04/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0120733/20

Número do Sinistro: 3200155130

Vítima: JOAO CARLOS DE MORAES

CPF: 713.622.824-72

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/12/2019

Titular do CPF: JOAO CARLOS DE MORAES

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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 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: 30/04/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/03/2021 12:54:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031012543203100000038526223>
Número do documento: 21031012543203100000038526223

Num. 40448851 - Pág. 16

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: 07/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO CARLOS DE MORAES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01911

CONTA: 000000050753-6

Nr. da Autenticação 915ECF0DD1AA9CFC



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/03/2021 12:54:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031012543203100000038526223>
Número do documento: 21031012543203100000038526223

Num. 40448851 - Pág. 17

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

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200155130 **Vítima: JOAO CARLOS DE MORAES**

Data do Acidente: 21/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO CARLOS DE MORAES

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15722723



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/03/2021 12:54:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031012543203100000038526223>
Número do documento: 21031012543203100000038526223

Num. 40448851 - Pág. 18



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

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200155130 **Vítima: JOAO CARLOS DE MORAES**

Data do Acidente: 21/12/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO CARLOS DE MORAES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOAO CARLOS DE MORAES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001911

Conta: 0000050753-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:		4 - Nome completo da vítima:
733.622.824-72		733.622.824-72		João Carlos de Moraes
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:		6 - CPF:		
João Carlos de Moraes		733.622.824-72		
7 - Profissão:		8 - Endereço:		
Recurso		R- Prajetada		
91 - Bairro:		12 - Cidade:		
610 - dos Golibri		João Pessoa		
15 - E-mail:		13 - Estado:		
		14 - CEP:		
		16 - Tel. (DDD): (83) 986634900		
DADOS CADASTRAIS				
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR				
17 - Nome completo do Representante Legal:				
18 - CPF do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____				
AGÊNCIA: 191 CONTA: 50753 6 (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 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.				
22 - 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):				
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> 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. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.				
23 - DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
23 - Estado civil da vítima:		24 - Data do óbito da vítima:		
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo		24 - Data do óbito da vítima:		
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a):		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:		30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:		33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.				
34		35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido		
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido		38 - 1º Nome: _____ CPF: _____		
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido		Assinatura da testemunha		
39 - 2º Nome: _____ CPF: _____		Assinatura da testemunha		

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

EPS 001 V002/2019





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/03/2021 12:54:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031012543203100000038526223>
Número do documento: 21031012543203100000038526223

Num. 40448851 - Pág. 21

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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01636.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01636.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:21 horas do dia 12 de fevereiro de 2020, 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 **João Carlos de Moraes**, CPF nº 713.622.824-72, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Pedreiro, filho(a) de Edite Neves de Moraes e Jose Carlos de Moraes, natural de Coremas/PB, nascido(a) em 05/05/1958 (61 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº 72, bairro Cidade dos Colibris, tendo como ponto de referência Próximo Ao Bem Mais., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98847-8448.

Dados do(s) Fatos:

Local: Br 230, De Frente Ao Prf., Bayeux/PB, bairro Manguinhos; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 21/12/19 15:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo a declarante no dia 21/12/2019 por volta das 15:30 horas quando pilotava a moto: HONDA/CG 125 FAN KS, ano/mod: 2010/2010; de cor preta de placa: MOC3661/PB CHASSI: 9C2JC4110AR577179 pertencente ao Sr. Nivaldo Rodrigues de Souza portador do CPF: 051.532.854-56, Que transitava normalmente pela BR 230, sentido João Pessoa/Bayeux-PB quando, no município de Bayeux nas proximidades da PRF, um cachorro invadiu a pista e devido ao forte fluxo de trânsito o declarante não teve como desviar vindo a colidir com o animal, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido, por terceiros e conduzido para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY, onde foi diagnosticado, de acordo com o LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA assinado pelo Dr. YURY CORDEIRO CRM 11507 PB. FRATURA BIMALEOLAR CID: S.82.6, QUE O DECLARANTE FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CONFORME CERTIDÃO EM ANEXO.

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

João Pessoa/PB, 12 de fevereiro de 2020.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

JOÃO CARLOS DE MORAES
Noticiante

Procedimento Policial: 01636.01.2020.1.00.401

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/03/2021 12:54:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031012543203100000038526223>
Número do documento: 21031012543203100000038526223

Num. 40448851 - Pág. 22



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/03/2021 12:54:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031012543203100000038526223>
Número do documento: 21031012543203100000038526223

Num. 40448851 - Pág. 24



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: JOÃO CARLOS DE MORAES						PRONTUÁRIO N°:
DATA: 61	SEXO: MASC.	CCN:	CLÍNICA	ENF:	LEITO:	
DATA DE ADMISSÃO: 21/12/19			DATA DE ALTA: 03/01/20		TEMPO DE PERMANÊNCIA:	
DIAGNÓSTICO INICIAL: PT Bingleyah						CID: S.82.6
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: O MESMO						
OUTROS DIAGNÓSTICOS:						
PRINCIPAIS EXAMES:						PT.
PROCEDIMENTO REALIZADO:						
NPFI.						
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA:						
ANESTESIA/PATHOLOGIA:						
INFEÇÃO FG: <input checked="" type="checkbox"/> SIM		<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL:	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA:						
CONDICÕES 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		ANAMSE, FÍSICO, EXAME, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES
Paciente submetido a TTO cirúrgico através de redução cruxifix + fixação interna com fio de tungsteno.		

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: 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: Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: Alívio + cefaleias					
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do Dr. NEAL VAL em 30 dias para revisão. 07/01/20				

03/01/20	DATA	D. Yury Condeiro CRM 11.607/8 Ortopedia e Traumatologia MEDICO / CRM
Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.		



MARIA DE FATIMA SILVA DE MORAIS
RAIA PRATICANDA, 72 - CID. DOS COLEGIOS
JOAO PESSOA/PB CEP: 58000-000 (AG-04)

energisa

Ligaçao: MONOFÁSICO
Cta/Sac: RES-MT C B17/ RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Razão: 5 - 400 - 1420 Referencia: Jan/2020
Medidor: C000E114000 Emissao: 10/01/2020

ENERGISA PARAIBA E DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br-232 Km-25 - Cachorro Preto - João Pessoa / PB - CEP 58014-580
CNPJ 08.005.103/0001-49 - Ins. Est. 182/S1934
Site Fisco/Contato Energia Elétrica 57037.034.02
Cód. para 06h. Automação 00013722118

Jan / 2020 10/01/2020 07/02/2020 012.707.404-07
Info. Elet.

Avise-nos o dia e horário de suas férias em casa, e podemos
negociar sua fatura com uma nova rotina.

Data	Leratura	Data	Leratura	00	31
10/12/19	19862	10/01/20	19868		
DETALHAMENTO DA CONTA DE ENERGIA					
0001 Consumo Elétrico	68.000,0760040	51,38	2.100,25	12,58	5,88
0051 AGU. B. Amarelo		1,27	1,27	0,22	0,01
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
6607 CONTROLE SERVIÇO PÚBLICO		2,13	0,00	3	0,00
				4,00	0,00
				3,00	0,00
CCJ - Código de Classificação de Consumo					
TOTAL: 85,38 53,13 13,25 53,13 3,08 2,44					
Referência: 0,645430					

EE	17/01/2020	R\$ 55,26
00 1 67 1 56 1 47 47 87 83 11 73 1 72 1 60 1 57	Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Mai/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19 Out/19 Nov/19 Dez/19	

RESERVADO AO FISCO
1087.3cc2.1f06.ac68.e1a3.7eaa.1524.3baf.

Composição do Consumo		
	Descrição	Valor (R\$)
0001	0,07 0,05	
0016	0,16	NOMINAL
0030	0,30	
0031	0,31	1,00
0032	0,32	1,00
0033	0,33	1,00
0034	0,34	1,00
0035	0,35	1,00
0036	0,36	1,00
0037	0,37	1,00
0038	0,38	1,00
0039	0,39	1,00
0040	0,40	1,00
0041	0,41	1,00
0042	0,42	1,00
0043	0,43	1,00
0044	0,44	1,00
0045	0,45	1,00
0046	0,46	1,00
0047	0,47	1,00
0048	0,48	1,00
0049	0,49	1,00
0050	0,50	1,00
0051	0,51	1,00
0052	0,52	1,00
0053	0,53	1,00
0054	0,54	1,00
0055	0,55	1,00
0056	0,56	1,00
0057	0,57	1,00
0058	0,58	1,00
0059	0,59	1,00
0060	0,60	1,00
0061	0,61	1,00
0062	0,62	1,00
0063	0,63	1,00
0064	0,64	1,00
0065	0,65	1,00
0066	0,66	1,00
0067	0,67	1,00
0068	0,68	1,00
0069	0,69	1,00
0070	0,70	1,00
0071	0,71	1,00
0072	0,72	1,00
0073	0,73	1,00
0074	0,74	1,00
0075	0,75	1,00
0076	0,76	1,00
0077	0,77	1,00
0078	0,78	1,00
0079	0,79	1,00
0080	0,80	1,00
0081	0,81	1,00
0082	0,82	1,00
0083	0,83	1,00
0084	0,84	1,00
0085	0,85	1,00
0086	0,86	1,00
0087	0,87	1,00
0088	0,88	1,00
0089	0,89	1,00
0090	0,90	1,00
0091	0,91	1,00
0092	0,92	1,00
0093	0,93	1,00
0094	0,94	1,00
0095	0,95	1,00
0096	0,96	1,00
0097	0,97	1,00
0098	0,98	1,00
0099	0,99	1,00
0100	1,00	1,00
0101	1,01	1,00
0102	1,02	1,00
0103	1,03	1,00
0104	1,04	1,00
0105	1,05	1,00
0106	1,06	1,00
0107	1,07	1,00
0108	1,08	1,00
0109	1,09	1,00
0110	1,10	1,00
0111	1,11	1,00
0112	1,12	1,00
0113	1,13	1,00
0114	1,14	1,00
0115	1,15	1,00
0116	1,16	1,00
0117	1,17	1,00
0118	1,18	1,00
0119	1,19	1,00
0120	1,20	1,00
0121	1,21	1,00
0122	1,22	1,00
0123	1,23	1,00
0124	1,24	1,00
0125	1,25	1,00
0126	1,26	1,00
0127	1,27	1,00
0128	1,28	1,00
0129	1,29	1,00
0130	1,30	1,00
0131	1,31	1,00
0132	1,32	1,00
0133	1,33	1,00
0134	1,34	1,00
0135	1,35	1,00
0136	1,36	1,00
0137	1,37	1,00
0138	1,38	1,00
0139	1,39	1,00
0140	1,40	1,00
0141	1,41	1,00
0142	1,42	1,00
0143	1,43	1,00
0144	1,44	1,00
0145	1,45	1,00
0146	1,46	1,00
0147	1,47	1,00
0148	1,48	1,00
0149	1,49	1,00
0150	1,50	1,00
0151	1,51	1,00
0152	1,52	1,00
0153	1,53	1,00
0154	1,54	1,00
0155	1,55	1,00
0156	1,56	1,00
0157	1,57	1,00
0158	1,58	1,00
0159	1,59	1,00
0160	1,60	1,00
0161	1,61	1,00
0162	1,62	1,00
0163	1,63	1,00
0164	1,64	1,00
0165	1,65	1,00
0166	1,66	1,00
0167	1,67	1,00
0168	1,68	1,00
0169	1,69	1,00
0170	1,70	1,00
0171	1,71	1,00
0172	1,72	1,00
0173	1,73	1,00
0174	1,74	1,00
0175	1,75	1,00
0176	1,76	1,00
0177	1,77	1,00
0178	1,78	1,00
0179	1,79	1,00
0180	1,80	1,00
0181	1,81	1,00
0182	1,82	1,00
0183	1,83	1,00
0184	1,84	1,00
0185	1,85	1,00
0186	1,86	1,00
0187	1,87	1,00
0188	1,88	1,00
0189	1,89	1,00
0190	1,90	1,00
0191	1,91	1,00
0192	1,92	1,00
0193	1,93	1,00
0194	1,94	1,00
0195	1,95	1,00
0196	1,96	1,00
0197	1,97	1,00
0198	1,98	1,00
0199	1,99	1,00
0200	2,00	1,00
0201	2,01	1,00
0202	2,02	1,00
0203	2,03	1,00
0204	2,04	1,00
0205	2,05	1,00
0206	2,06	1,00
0207	2,07	1,00
0208	2,08	1,00
0209	2,09	1,00
0210	2,10	1,00
0211	2,11	1,00
0212	2,12	1,00
0213	2,13	1,00
0214	2,14	1,00
0215	2,15	1,00
0216	2,16	1,00
0217	2,17	1,00
0218	2,18	1,00
0219	2,19	1,00
0220	2,20	1,00
0221	2,21	1,00
0222	2,22	1,00
0223	2,23	1,00
0224	2,24	1,00
0225	2,25	1,00
0226	2,26	1,00
0227	2,27	1,00
0228	2,28	1,00
0229	2,29	1,00
0230	2,30	1,00
0231	2,31	1,00
0232	2,32	1,00
0233	2,33	1,00
0234	2,34	1,00
0235	2,35	1,00
0236	2,36	1,00
0237	2,37	1,00
0238	2,38	1,00
0239	2,39	1,00
0240	2,40	1,00
0241	2,41	1,00
0242	2,42	1,00
0243	2,43	1,00
0244	2,44	1,00
0245	2,45	1,00
0246	2,46	1,00
0247	2,47	1,00
0248	2,48	1,00
0249	2,49	1,00
0250	2,50	1,00
0251	2,51	1,00
0252	2,52	1,00
0253	2,53	1,00
0254	2,54	1,00
0255	2,55	1,00
0256	2,56	1,00
0257	2,57	1,00
0258	2,58	1,00
0259	2,59	1,00
0260	2,60	1,00
0261	2,61	1,00
0262	2,62	1,00
0263	2,63	1,00
0264	2,64	1,00
0265	2,65	1,00
0266	2,66	1,00
0267	2,67	1,00
0268	2,68	1,00
0269	2,69	1,00
0270	2,70	1,00
0271	2,71	1,00
0272	2,72	1,00
0273	2,73	1,00
0274	2,74	1,00
0275	2,75	1,00
0276	2,76	1,00
0277	2,77	1,00
0278	2,78	1,00
0279	2,79	1,00
0280	2,80	1,00
0281	2,81	1,00
0282	2,82	1,00
0283	2,83	1,00
0284	2,84	1,00
0285	2,85	1,00
0286	2,86	1,00
0287	2,87	1,00
0288	2,88	1,00
0289	2,89	1,00
0290	2,90	1,00
0291	2,91	1,00
0292	2,92	1,00
0293	2,93	1,00
0294	2,94	1,00
0295	2,95	1,00
0296	2,96	1,00
0297	2,97	1,00
0298	2,98	1,00
0299	2,99	1,00
0300	3,00	1,00
0301	3,01	1,00
0302	3,02	1,00
0303	3,03	1,00
0304	3,04	1,00
0305	3,05	1,00
0306	3,06	1,00
0307	3,07	1,00
0308	3,08	1,00
0309	3,09	1,00
0310	3,10	1,00
0311	3,11	1,00
0312	3	



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

Processo n.º 08033706720208152003

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOAO CARLOS DE MORAES**, 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\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 8 de março de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/03/2021 12:54:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031012543274400000038526224>
Número do documento: 21031012543274400000038526224

Num. 40448852 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/03/2021 12:54:32
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031012543274400000038526224>
Número do documento: 21031012543274400000038526224

Num. 40448852 - Pág. 2