



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	<a href="#">Petição</a>	Petição
40448 851	10/03/2021 12:54	<a href="#">2738719_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02</a>	Outros Documentos
40448 852	10/03/2021 12:54	<a href="#">2738719_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Recibo para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica Nº 037.641.360



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 08.095.183/0001-40 Ins. Est. 16.015.629-4

## DADOS DO CLIENTE

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

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

## REFERÊNCIA

JAN/2020

## APRESENTAÇÃO

20/01/2020

## CONSUMO

227

## VENCIMENTO

27/01/2020

## TOTAL A PAGAR

R\$ 193,47

Acesse: [www.energisa.com.br](http://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 - JOÃO 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 PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

PR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

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



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

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

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

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

56C (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 85 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | 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/815LJOTECAWEB/DOCORIGINALASPX?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 RESPONSÁVEL PELA REGULAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, ASSEGURAMENTO DE VIDA E RESSEGURO. \* CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.303/96.

Pelo exposto, eu Alexandrina Cesar 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 713.622.824-72

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Carlos de Moraes

inscrito (a) no CPF sob o nº 713.622.824-72 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

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

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

Alexandrina Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <b>JOÃO CARLOS DE MORAES</b>				PRONTUÁRIO Nº:	
IDADE: <b>61</b>	SEXO: <b>MASC.</b>	CVE:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: <b>21/12/19</b>		DATA DE ALTA: <b>03/01/20</b>		TEMPO DE PERMANÊNCIA:	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <b>PX Bimaleolar</b>				CID: <b>S.82.6</b>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <b>O MESMO</b>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS SINAIS:					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <b>ROPI</b>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:					
ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INJEÇÃO P.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA 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: <b>hISTÓRIA: FRATURA TERAPÊUTICA COMPLEXA</b>					
<b>paciente submetido a Tto cirúrgico através de</b>					
<b>redução cirúrgica + fixação interna com placa torniquete</b>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: <b>líquida</b>					
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.					
Retorno as atividades sem esforço físico em _____ dias.					
Retorno as atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar-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: <b>Aliv + Cefalegia</b>					
RETORNO: Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.					
Ao Ambulatório do <b>Dr. ACRIUX</b> em <b>30 dias</b> para revisão. <b>07/01/20</b>					
DATA: <b>03/01/20</b>		Dr. Yuri Cordeiro CRM 11.507-8 Ortopedia e Traumatologia ASS. MÉDICO - CRM			
Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar					
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO					
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					





## CERTIDÃO

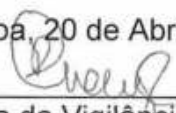
Nº. 0350/2020

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 às 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, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 20 de Abril de 2020

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883

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



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 289123

Atd: Nao Regula

COMP-EXC HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 21/12/2019

RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 18:13:32

39056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980

Recepcionista: GISELLE ETELVINO DE A

FAX: ( ) - CNPJ:

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 3

Nome: JOAO CARLOS DE MORAES

Num. Prontuario: 2019.10.001812

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

Resp.: JOAO CARLOS DE MORAES

Tel/Doc. Responsavel: 987647281 / IDENTIDADE: 585474

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispinéia

Glicemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[X] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APOS COLISAO  
CACHORRO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*queda de moto. Apenas escoriações em MSE,  
pele bem movimentada de forma leve.*

Diagnostico

Conduta

*Alta da cirurgia  
2/Oxigeno*

Prescrição

Horario da medicacao

*3 dias  
1 internamento p/  
isso em 2 w.*

*[Assinatura]*



### ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

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

*PM da Glória S. moris*

Assinatura do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>João Carlos de Menezes</u>		Data da Admissão: <u>1/1/</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____	Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____
Sexo: F ( ) M ( )	Cor: _____	Estado Civil: _____	Profissão: _____
Escolaridade: _____	Religião: _____		Data de Nascimento: <u>1/1/</u>
QPD: <u>Ex m<sup>2</sup> ③</u>			
HDA: <u>Paciente vítima de acidente de moto há 6h. com Ex m<sup>2</sup>. Necessário de tratamento urgente.</u>			
Medicações em uso: _____			
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>			
<b>Geral:</b> <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <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: _____			
<b>Pele:</b> _____			
<b>Cabeça e Pescoço:</b> <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 <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____			
<b>AR e ACV:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____			
<b>ABD:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <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			
<b>AGU:</b> <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: _____			
<b>SME:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposu <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			
<b>SN e PSQ:</b> <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			

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



Nome: <i>João Costa Duarte</i>		Idade: <i>20/11/20</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>B</i>	Clinica: <i>Unidade</i>	EMP: <i>Unidade</i>	LR: <i>Unidade</i>	Registro: <i>Unidade</i>
Data: <i>20/11/20</i>		1º Assistente: <i>Unidade</i>	2º Assistente: <i>Unidade</i>	3º Assistente: <i>Unidade</i>	Instrumentador: <i>Unidade</i>	Anestesia: <i>Unidade</i>		
Tipo Anestesia: <i>Unidade</i>		Horário: <i>Unidade</i>						
CID		DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO <i>Unidade</i>						
CID		DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO <i>Unidade</i>						
CÓDIGO		PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) <i>Unidade</i>						
Descrição:		Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 ( ) Não						
Descrição:		Riopsis de Congelamento: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não						
Descrição:		Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Outro durante o Ato Cirúrgico						

## RELATÓRIO DE CIRURGIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_  
Alergias: \_\_\_\_\_  
Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF  
[ ]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: \_\_\_\_\_

CV: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

Hipóteses Diagnósticas: fx TVE Ⓢ.

Conduta: Isa curado.

Dr. Suelio Moreira Torres  
Ortopedia-Traumatologia  
CRM 8807

*[Assinatura]*



# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

*Doct. do*

Incisão:

*Inc. supra umbilical e infra*

Achados:

*Fórnix de mola e. 4 e*  
*meio*

Conduta:

*Retirar mola e fazer if. pla. D. 2 B. 1*  
*como a primeira mola*

*OMA e. 4, m. com*  
*+ f. m. mola*

Fechamento:

OBS:

Data: *22/01/20*

*[Assinatura]*

MÉDICO/CRM

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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO E TÍTULOS  
A SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO E TÍTULOS



P  
B

NOME  
JOAO CARLOS DE MORAES



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA  
505474 SSP PB

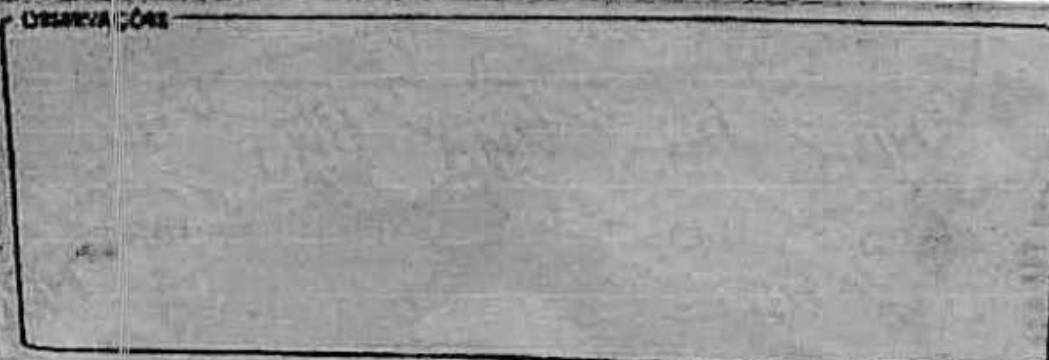
CPF DATA NASCIMENTO  
713.622.824-72 05/05/1958

FILIAÇÃO  
JOSE CARLOS DE MORAES  
EDITE NEVES DE MORAES

PERMISSÃO ACC CATEGORIA  
[ ] [ ] AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABITAÇÃO  
02545144035 22/02/2023 03/01/1998

O TERRITÓRIO NACIONAL  
1638531391



*João Carlos de Moraes*  
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
JOAO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO  
28/02/2018

*Suelio Moreira Torres*  
ASSINATURA DO EMISSOR

61526810115  
PB036348020



PARAIBA



PROIBIDO PLASTIFICAR  
1638531391





## 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 INVIABILIZOU 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: RAIOS 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 Projetada nº 12, bairro Cidade dos Colibris, Município de João Pessoa, Estado de(o) Paraíba, Cep: 58.000-000, portador(a) do Rg nº 58.5474, SSP/ PB e CPF nº 713.622.824-72.

**Outorgado:** Alexandrina Cruz Duarte, brasileiro(a), estado civil Casada, profissão Advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa Duarte nº 157, bairro Nam Taberna, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58.056-384, portador(a) do RG nº 262.7713, SSP/ PB e CPF nº 046.505.754-74.

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 23.1.2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza imvalidez.

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.



X 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  
**Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS  
**Data do acidente:** 21/12/2019  
**Titular do CPF:** JOAO CARLOS DE MORAES

### 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](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: 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

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 21/12/2019

Titular do CPF: JOAO CARLOS DE MORAES

CPF de: Próprio

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



# 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





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, 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, 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 15722723





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, 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, 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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 753.622.824-72 4 - Nome completo da vítima: 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: João Carlos de Moraes 6 - CPF: 753.622.824-72

7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R - Lafetada 9 - Número: 72 10 - Complemento:

11 - Bairro: Cid. dos Golibris 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 986634900

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:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3911

CONTA: 50753

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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):

☐ 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 do 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (se nascido)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PA, 20/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.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. 20





**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, telefonicamente 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





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 753.622.824-72 4 - Nome completo da vítima: 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: João Carlos de Moraes 6 - CPF: 753.622.824-72

7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R- Lafetada 9 - Número: 72 10 - Complemento:

11 - Bairro: Cid. dos Golibris 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 986634900

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:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 3911

CONTA: 50753

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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):

☐ 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (se nascido)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou do representante legal

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PA, 20/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.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. 23



Num. 40448851 - Pág. 24



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <b>JOÃO CARLOS DE MORAES</b>				PRONTUÁRIO Nº:	
IDADE: <b>61</b>	SEXO: <b>MASC.</b>	CVE:	CLÍNICA:	ENF:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: <b>21/12/19</b>		DATA DE ALTA: <b>03/01/20</b>		TEMPO DE PERMANÊNCIA:	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <b>PX Bimaleolar</b>				CID: <b>S.82.6</b>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <b>O MESMO</b>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS SINAIS:					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <b>ROPI</b>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:					
ANATOMIA PATOLÓGICA:					
INJEÇÃO P.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA 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: <b>hISTÓRIA: FRATURA TERAPÊUTICA COMPLEXA</b>					
<b>paciente submetido a Tto cirurgico através de</b>					
<b>redução cirurgica + fixação interna com placa interna</b>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: <b>livre</b>					
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias.					
Retorno as atividades sem esforço físico em _____ dias.					
Retorno as atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar-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: <b>analg + cefalexina</b>					
RETORNO: Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.					
Ao Ambulatório do <b>Dr. ACRIVA</b> em <b>30 dias</b> para revisão. <b>07/01/20</b>					
DATA: <b>03/01/20</b>		Dr. Yuri Cordeiro CRM 11.507-8 Ortopedia e Traumatologia ASS. MÉDICO - CRM			
Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar					
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO					
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



Ligação MONOFÁSICO  
 Cid/Soc RES MTCB / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
 Roteiro: 5 - 5 - 800 - 1420 Referência Jan / 2020  
 Medidor C000E114030 Emissão 10/01/2020

ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R-232 Km 25 - Cofre Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58011-680  
CNPJ 00.055.102/0001-40 - Ins. Est. 18.315.023-0

Santa Fe Coal/Conrado Energy Electric N° 37, 034, 021  
Cable from Ode, Automático 00013722418

Jan / 2020

10/01/2020

07/02/2020

012.707.404-07

**INTRODUCTION**

Approved a 12% regular increase in wages, salaries, benefits, and vacation pay for 2008 and 2009.

Data	Leitura	Data	Leitura
13/12/19	12882	13/01/20	12868

26. **Example:**  $Q = 1000 - 10P + 0.01P^2$   $MR = 1000 - 20P + 0.02P^2$   $MC = 20 + 0.04P$   
 Find the profit-maximizing level of output and price.  $Q = 1000 - 10P + 0.01P^2$   $MR = 1000 - 20P + 0.02P^2$   $MC = 20 + 0.04P$

0001	Consumo em kWh	66 000 0766040	51,36	2 08,25	12,66	0,85	0,52	2,34
0001	Arq. B. Arquivo		1,27	1,52,25	0,22	1,52	0,01	0,08

0601	RECEBÍVELS	1.27	27	23	0.02	0.27	0.01	0.00
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS							
0607	CONTAS A RECEBER	2.13	0.00	3	0.00	0.00	0.00	0.00

0007-3541/05/020120-07\$08.00/0

CCI Código de Classificação do Item	TOTAL	55,28	53,13	13,25	53,13	0,56	2,44
Tarifa de Trânsito:	0,565433						

66

17/01/2020

R\$ 55,26

69	67	66	47	47	87	83	71	73	72	80	87
Jan/18	Feb/18	Mar/18	Apr/18	May/18	Jun/18	Jul/18	Aug/18	Sep/18	Oct/18	Nov/18	Dec/18

RESERVADO AO FISCO

1087.3cc2.1f08.ac68.e1a3.7eaa.1524.3baf.

Composição do Consumo			
Discriminação	Valor (R\$)		
Benefícios de Cust. de Energia/E	34,15	25	
Consumo de Energia	18,51	25	
Serviço de Transmissão	3,10	33	
Energias Solares	2,12	30	
Imposto de Produtos e Energia	18,39	33	
Outros Serviços	6,00	33	
<b>Total</b>	<b>68,26</b>	<b>100</b>	

Fonte: ESE/Rel. 11/2010/PB 25-49

View to EUSD (Ref: 11/2010; P325.43)





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª 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 Invalidez da parte autora.

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

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

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



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



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