



27/07/2021

Número: **0802067-29.2016.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **16/06/2016**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>THIAGO JOSE MENEZES CARDOSO (ADVOGADO)</b> <b>Raimundo Rodrigues da Silva (ADVOGADO)</b> <b>RAIMUNDO RODRIGUES DA SILVA FILHO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>
<b>HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46277 374	27/07/2021 10:44	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
46277 377	27/07/2021 10:44	<a href="#"><u>2742136_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
46277 380	27/07/2021 10:44	<a href="#"><u>2742136_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:44:08  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2107271044073000000043966605>  
Número do documento: 2107271044073000000043966605

Num. 46277374 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2015

Carta n°: 8313909

A/C: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Sinistro: 3151041117  
Vitima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA  
Data Acidente: 14/06/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **16/12/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/06/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório

Pag. 00743/00744 - carta\_03



Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Seguradora Líder · DPVAT

Rio de Janeiro, 12 de Fevereiro de 2016

Carta nº: 8659455

A/C: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Sinistro: 3151041117  
Vitima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA  
Data Acidente: 14/06/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Valor: R\$ 5.062,50

Banco: 104

Agência: 000001914

Conta: 0000001337-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



# 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: 04/02/2016

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 5.062,50

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

CLIENTE: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01914

CONTA: 000000001337-8

---

Nr. da Autenticação 23B66A93F1AE38B4



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:44:09  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710440842200000043966608>  
Número do documento: 21072710440842200000043966608

Num. 46277377 - Pág. 3

Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia  
1a Superintendência Regional de Polícia  
5a Delegacia Seccional da Polícia Civil  
14ª Delegacia Distrital em Tibiri II

**BOLETIM DE OCOS**

Livro nº 001/2015  
Ocorrência nº. 2278/2015

Aos Vinte E CINCO dias de NOVEMBRO de DOIS MIL E QUINZE, nessa cidade de SANTA RITA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). MARIA RODRIGUES PEREIRA DE VASCONCELOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivão(o) do seu cargo, ai, por volta 14h:15min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA/ conhecido por DEBORA , identidade nº 2.636.905-SSP/PB, CPF nº 046.451.414-22, nacionalidade brasileira, estado civil: solteira, profissão: balconista de supermercado (filha) de Jose Gomes Da Silva E De Maria Lucia Garcia Da Silva, natural de Santa Rita /PB, nascido(a) em 02/09/1984 (31 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nova Floresta,200, Tibiri 31, tendo como ponto de referência: proximo ao tunel, na cidade de SANTA RITA , Fone(s) para contato: 83 98738-1397,

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cometidas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE TRÂNSITO; ✓  
2) DATA DO FATO: 14 de 06 de 2015; ✓  
3) HORÁRIO: 22h:40min; ✓  
4) LOCAL: VIA PÚBLICA;  
5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISO BURITI;  
6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VÉHICULO? SIM;  
7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VÉHICULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? NÃO;  
8) O VÉHICULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

**6) DESCRIÇÃO DOS(VEHICULOS) ENVOLVIDOS( ) NO ACIDENTE:**

UMA MOTO HONDA CG 150 TITAN EX, DE COR VERMELHA, ANO MODELO 2013,CHASSI 9C2K1660DRS28291,PLACA OFZ 5158,MUNICIPIO BAYEUX-PB,TENDO COMO PROPRIETÁRIO O ANTONIO CARLOS DOS SANTOS.

**7) TESTEMUNHA(S) DO FATO/ACIDENTE:**

NAO

**8) BREVE RESUMO DO FATO:**

A NOTIFICANTE DISSE QUE NO MOMENTO EM QUE CONDUZIA A MOTO, SUPRATIDA, INICIOU-SE UMA CHUVA, E COMO PORTAVA UMA BOLSA, A COLOCOU A TRAS DAS COSTAS, NESSE MOMENTO, SE DESEQUILIBROU EM UM QUEBRA MOLA, POIS NÃO O TINHA VISTO, CAIR NA AVENIDA, EM SEGUIDA FOI SOCORRIDA POR TERCEIROS, SENDO LEVADA PARA O HOSPITAL SUPRACITADO,CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL Nº 767521, LÁ PERMANECEU QUATRO DIAS SEM PREVISÃO DE CIRURGIA,SENDO CONDUZIDA DEPOIS AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA,CONFORME BOLETIM DE ENTRADA Nº 846.123 COM POLTRAUAMATISMO SEGUNDO CID 10 V29+S2.5.0+SB2.1.0.

**9) OBSERVAÇÕES:**

ESTE BOLETIM TEM VALIDADE DE TRINTA DIAS E NESSE PRAZO DEVERÁ O COMUNICANTE PROVIDENCIAR A SEGUNDA VIA DOS DOCUMENTOS PERDIDOS(S)/EXTRAVIADOS(S).

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, val devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivão(o)-que digitei.

F/C DPVAT  
GRANDBERG  
08 DEZ 2015





Seguradora Lider - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

/AT  
-0314-

## Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_ / CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da Indenização do Seguro DPVAT, juntamente com dados de terceiros que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atrasos no recebimento da indenização no banco.

EU, Suelio Moreira Torres, de São Paulo, portadora do RG nº 26.269.075, expedido por 557, CPF 011.541.041-422, CNPJ 00.000.000/0000-00, PROFISSÃO funcionária, E RENDA MENSAL DE R\$ 2.500,00, na QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DA POLÍTICA DE INDENIZAÇÃO / REIMBOSO: SEGURO DPVAT DA VITIMA Suelo Moreira Torres, da SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT, A EFETUAR O CREDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABASO PRESTADAS.

(\*) A Circular Suap nº 445/2012, que trata da prevenção à invasão de dinheiro no mercado segurado determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Esse cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações sobre o profissional e da faixa de renda mensal.

Para evitar repagamento de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados  **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos, aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário-Familiar/Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, NE (micro empresa) ou IDAC DPVAT
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atrelada para o limite de movimentação do financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta Poupança operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação mensal de R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (nesta momento reage-se a extinção de proposta de abertura de conta caso documentado comprovação dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta [www.rastreiazenaidigital.gov.br](http://www.rastreiazenaidigital.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sistemas que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorida escrito à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)  
Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)  
Nº do BANCO 404 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 1011 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0000-337-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIÇÕES, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Suelo Moreira Torres \_\_\_\_\_  
LOCAL E DATA \_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO \_\_\_\_\_

## ATENÇÃO \_\_\_\_\_

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$11.500,00 em caso de morte de valor que será pago aos legitimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente no dia da ocorrência. Indenização de até R\$11.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.455/2006) e rembusto de até R\$ 2.000,00 em caso de despesas médico-hospitalares.  
Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurotransito.com.br](http://www.dpvatsegurotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





AUTO-AGENDAMENTO - AG. Cachoeira PB  
Data: 24/11/2015 HORA: 12:24:00  
Identificação: 26561007 Controle: 00361100240

AGÊNCIA: 1914 - SANTA RITA

CONTA: 013.000001337-8

CLIENTE: DEBORA ROSSALINE GARCIA DA SILVA

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS POR DATA LIMITE

DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012

DATA VALOR

08/11 2,61

14/11 0,00

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

DATA VALOR

14/11 405,63

HISTÓRICO

DATA NR. DOC. HISTÓRICO VALOR

SALDO ANTERIOR 405,35C

Novembro

08/11 00000009 REM BASICA 0,00C

08/11 00000000 CRED JUROS 0,01C

14/11 00000002 REM BASICA 0,86C

14/11 00000000 CRED JUROS 2,02C

RESUMO EM 23/11

SALDO 408,24C

RESUMO DO DIA

SALDO BLOQUEADO 0,00

SALDO DISPONIVEL 408,24C

SALDO TOTAL 408,24C

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC Caixa: 0800-726 0181

Dávida da Caixa: 0800-725 7474

[www.caixa.gov.br](http://www.caixa.gov.br)

FIC DPVAT  
GRANDBERG  
CONHECA A NOVA TABELA DE TARIFAS NO SITE  
CAIXA.GOV.BR/NOVA  
08 DEZ 2015





**PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS**

**SINISTRO**

Número do Sinistro: 3151041117

Confidencial de Seguro DPOVAT

**QUALIFICAÇÃO DO EVENTO**

Vítima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA  
CPF: 046.451.414-22  
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do Acidente: 14/06/2015

Titular do CPF: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

**DOCUMENTOS DO SINISTRO**

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Pendente		
Declaração do Proprietário do Veículo	Entregue		
Documentação médica-hospitalar	Entregue		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Entregue		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Entregue		

**DOCUMENTOS DAS PESSOAS**

Documento	Status	Motivo	Comentário
<b>BENEFICIÁRIO - DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA</b>	Dispensado		
Alvará judicial	Entregue		
Autorização de pagamento	Entregue		
Comprovante de residência	Entregue		

**ATENÇÃO:**

- " O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do Pedido de Indenização, acesse [www.dpvtseguro.com.br](http://www.dpvtseguro.com.br) ou ligue 0800-0221294.  
" 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 6.594 / 74.  
Documentação recebida sem conferência.

**Portador da documentação entregue**

Data: 16/12/2015  
Nome: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA  
CPF: 046.451.414-22

**Responsável pelo recebimento na seguradora**

Data: 16/12/2015 10:22  
Nome: Paulo Ricardo Ximenes de Paiva  
CPF: 322.960.293-53

**DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA**

Paulo Ricardo Ximenes de Paiva



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:44:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710440842200000043966608>

Número do documento: 21072710440842200000043966608

Num. 46277377 - Pág. 7





## SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

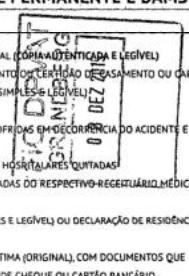
## INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Debora Rosaline Garcia da Silva  
DATA DO ACIDENTE 19/10/2015 CPF DA VÍTIMA 046.451.414-22  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Debora Rosaline Garcia da Silva  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR PORTADORA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM  
A VÍTIMA É Debora Rosaline Garcia da Silva  
ENDEREÇO DO PORTADOR R. Nova Floraia  
NP 200 COMPLEMENTO  BAIRRO Município  
CIDADE Santa Rita UF PB CEP 58302-275  
E-MAIL \_\_\_\_\_ TELFONE (\_\_\_\_)

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO



## MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE: DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE DUT

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
(X) BOLETO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) Prontuário  
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVA A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA  
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAISS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO EXTRATO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00  
VALORES DE INDENIZAÇÃO  
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 15.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.  
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.  
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA  
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO  
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.MBMDPVAT.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS 0800 541 1555

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

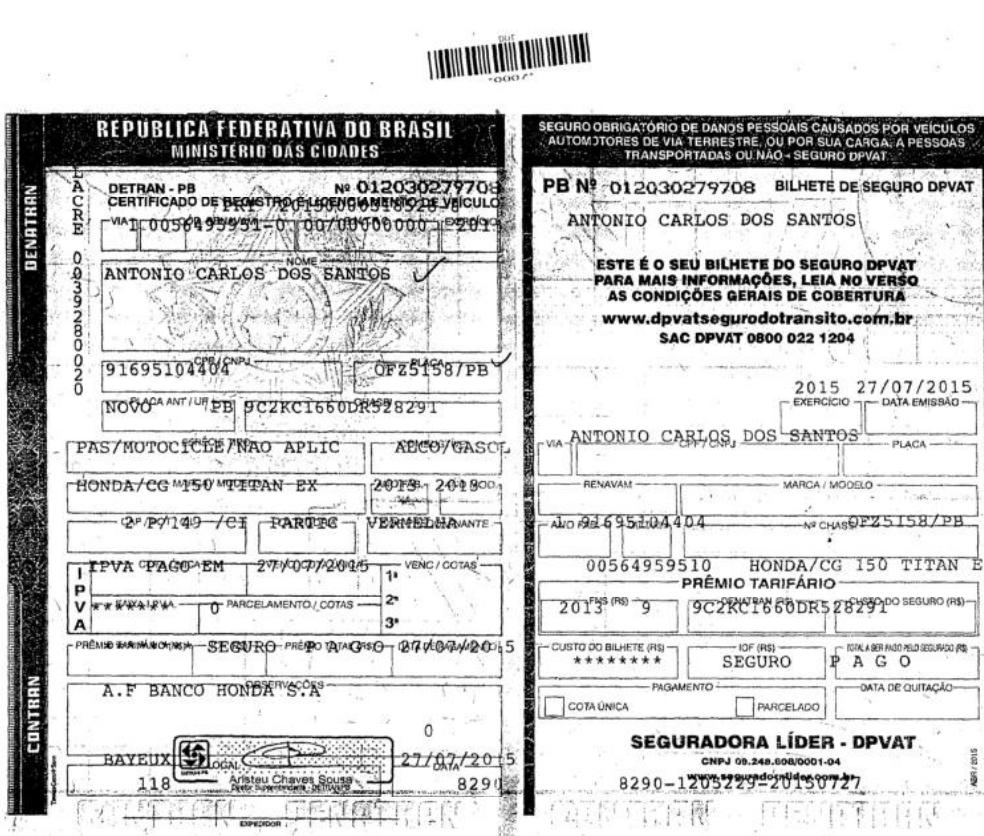
DATA \_\_\_\_\_  
CPF 046.451.414-22ASSINATURA Debora Rosaline Garcia da Silva

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_



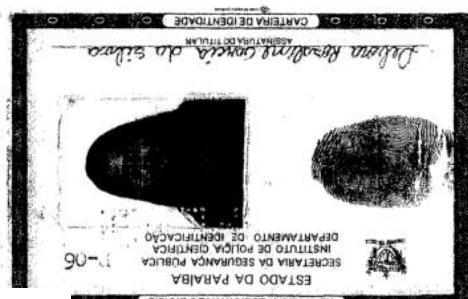
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:44:09  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=210727104408422000004396608>  
Número do documento: 210727104408422000004396608

Núm. 46277377 - Pág. 10



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
2636905 DATA DE EXPEDIÇÃO 03 MAI 1989

NOME: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA  
FILIAÇÃO: José Gomes da Silva  
Maria Lucia Garcia da Silva  
Santa Rita PB DATA DE NASCIMENTO: 02.09.1984  
NATURALIDADE: Cert. Nasc. 30.706, Fls. 220, Liv.  
DOC ORIGEM: A-26, Cart. de Santa Rita PB  
CPF: Jollo Pessoa - PB  
ASSINATURA DO DIRETOR  
LEI Nº 7.166 DE 20/06/83





Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 046.461.414-22

Nome da Pessoa Física: DEBOORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Data de Nascimento: 02/09/1984

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 12/03/2001

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 21:08:14 do dia 08/12/2015 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 548F-7E17-9E2A-F13F

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço

Este documento não substitui o

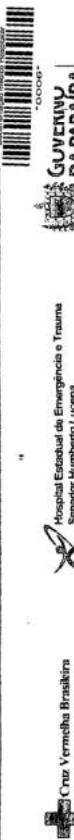
(Modelo aprovado pela INRFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Foto de identificação do paciente

Nome: SUELIO MOREIRA TORRES  
RG: 1906115  
Data de Nascimento: 19/06/1951  
Sexo: Masculino  
Endereço: Rua São João, 123 - Centro - Belém - PA  
CEP: 66022-275  
Número: 200  
Alugado por: MARIA SORAYA ROCHA

**Ficha de Atendimento Ambulatorial**



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Samaritano Humberto Lucena

INTERNO. SIN. -- CHES. 454548 Tel:

Numero da Ficha de Atendimento Ambulatorial: 846123

**Identificação do paciente**

ID: 908217 Nome: DEBORA ROSALINE GARCIA SILVA

Data de nascimento: 08/09/1984 Idade: 30 Anos)

Sexo: Feminino Estado civil: UNIÃO ESTAVEL

Escolaridade: Médio INCOMPLETO Religião: CATÓLICA

MÉDICO INCOMPLETO Responsável (Parentesco): Pá. JOSE GOMEDA SILVA

DDD Móvel: 88680921 DDD Fixo: 031

Tipo documento: RG (Identidade) Número documento: 2636905

Número da placa: 3341819

**Endereço**

CEP: 66022275 Município de residência: SANTA RITA

Número: 200 Complemento:

Alugado por: MARIA SORAYA ROCHA

**Motivo do atendimento**

**ACIDENTE DE MOTOCICLETA**

QUEIXA PRINCIPAL: *foi atingido na moto*

- A: *foi atingido na moto*

EXAME RÍSICO: *Acidente com moto*

EXAMES COMPLEMENTARES: *Exames complementares*

DIAGNÓSTICO: *foi atingido na moto*

CONDUTA: *foi atingido na moto*

DATA: *19/06/2015*

CID: *000*

DATA: *19/06/2015*

CHAMADA: *foi atingido na moto*

DATA: *19/06/2015*

CHAMADA: *foi atingido na*



## Ficha de Atendimento Ambulatorial

HESSL

PRESCRIÇÃO:	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:	
Assinatura e Carimbo da Enfermagem:	
ANOTAÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL:	
Assinatura e Carimbo da Enfermagem:	
PROCEDIMENTOS: <input type="checkbox"/> Curativo <input type="checkbox"/> Pequeno <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Grande <input type="checkbox"/> Tipóia Grande <input type="checkbox"/> MJ <input type="checkbox"/> Aparelho Gessado: <input type="checkbox"/> Tala Gessada: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Velpu em Crepon <input type="checkbox"/> Retirada de Pontos <input type="checkbox"/> Tala Metálica <input type="checkbox"/> Outros: _____	
EXAME RADIOGRÁFICO: Local: _____ Lado do Corpo: <input type="checkbox"/> Direito <input type="checkbox"/> Esquerdo Incidência: <input type="checkbox"/> Antero - Posterior <input type="checkbox"/> Postero - Anterior <input type="checkbox"/> Perfil <input type="checkbox"/> Especial Assinatura e Carimbo: _____	
DESTINO DO PACIENTE: <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Observação <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Retorno Ambulatorial <input type="checkbox"/> Alta Ambulatorial Data de Retorno: _____ Assinatura do Médico e Carimbo: _____	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:44:09  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710440842200000043966608  
Número do documento: 21072710440842200000043966608

Num. 46277377 - Pág. 14

P(N)ACMIA.001-I



## RE<sup>1</sup> ÍRIO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS ÓRTESSES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - JPMI

Número: \_\_\_\_\_  
Paciente: Adriana Roseline Garcia Silva

Procedimento Trat. Lençol. Frat. Radio Distal Q + Trat. Apung. Frat  
SUS: ( ) Não SUS ( ) Plântula líquida ( )  
Médico DR Richards + DR Kortney + DR Tequila (R1).

Entrega: 846623

Date: / /

Reposição:

FIC DPVAT		HEMELH
GRANDBERG		
08 DEZ 2015		Classe 26/05/15
Caixa Pronta:		

DISPENSAÇÃO - FARMÁCIA				
FORNECEDOR	DESCRIÇÃO DO PRODUTO	QUANTIDADE	CÓDIGO SUS	MARCA
	<i>sulfato de ferro A-50</i>	(05)		

Dra. Diana M. M. F. Ramos  
Médecine  
CRM-PE 7044

ASSINATURA DO MÉDICO-CRM

José Edilson de Souza Galdino  
COREN PE 424.987  
Santana do Mato Grosso  
ASSINATURA FARMACÊUTICO - COREN

F(NG) APC 013-2







MINISTÉRIO DA SAÚDE

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



HEFISH

Nome: Suelio D. S. Ferreira

BE/Prontuário:

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )Masculino ( )Feminino

Cor: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Clinica/Setor: \_\_\_\_\_ EMP: \_\_\_\_\_ LR: \_\_\_\_\_

Cirurgião: \_\_\_\_\_ 1º Assistente: \_\_\_\_\_

2º Assistente: \_\_\_\_\_ 3º Assistente: \_\_\_\_\_

Instrumentador: \_\_\_\_\_ Anestesista: \_\_\_\_\_

Tipo de Anestesia: \_\_\_\_\_ Horário: Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pós-Operatório	
<u>Fistula do apêndice</u>	<u>0</u>

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Exérinide</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( )Sim  Não. Descrição: \_\_\_\_\_Biopsia de Congelação: ( )Sim  Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria ( )Terapia Intensa ( )Residência ( )Óbito durante Ato Cirúrgico

<u>F.C. DPV.AT</u>
<u>04 DEZ 2015</u>
<u>João Pessoa, PB</u>

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

PONG/ASCR 009-1





CRUZ VERDE

RELATÓRIO DE CIRURGIA

114

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
Incisão:	Piloforo percutâneo Aohi circunficial da intimita
Arredores:	On the skin of patient do norte distal
Conduta:	Fios ( ) 45
Eferente:	Fixa onda inferior
Fixação:	fixa na fixa
Fechamento:	
Observação:	

F(NG).ASCIIR.009-1

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:44:09  
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2107271044084220000043966608>  
Número do documento: 2107271044084220000043966608



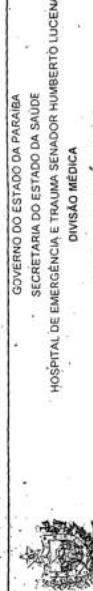


GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA PARAÍBA  
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
Laudo Médico Resumo de Alta

Name:	Resumo de alta		
Idade:	305.	Sexo:	F
Data de admissão:	19/06/15	Chamado:	Enf:
Data da alta:	28/06/11	Leito:	
Diagnóstico inicial:	Fractura tritato tibial		
Diagnóstico final:	Fractura de diáfise tibial		
Outros diagnósticos:			
Principais exames:	Rx de fratura		
Cirurgia realizada - data e equipe:	Anel de cintos		
Terapêutica medicamentosa:	Diazepam		
Anamnese patológica:			
Infecção: sim ( ) não ( )	Coleta de material: sim ( ) não ( )		
Resultado bacteriologia:			
Condições de alta: Melhorado ( ) Removido ( ) Pedido ( ) Curado ( ) Obito ( )			
Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações:	FIC DPVIA GRANDALBERG 0-8 DEZ 2015		
Orc e Orçamento Pos Alta			
Dieta:	Repouso: 90 dias.		
Reposo:	relativo em casa por esforço físico moderado 20 dias.		
	dias e com maior em dias.		
	retorno às atividades com esforço leve.		
	Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão diárias vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchado no local ou se ocorrer febre procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.		
Medicações para casa:	Medicamentos para casa: Sulfacetamida e Clorotetraciclina		
Retorno:	Ao posto de saúde em 15 dias para retirada de pontos.		
	Ao ambulatório para revisão em 30 dias.		
Ass. Médico:	Dr. João Pessoa		
Ass. Administrativo:	Santos		
Ass. Financeiro:	Ribeiro		
Ass. Materiais:	Carmo		
Ass. Empresarial:	Silveira		
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DNI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:44:09  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710440842200000043966608  
Número do documento: 21072710440842200000043966608

Num. 46277377 - Pág. 19



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	02/09/84
NOME DA MÃE	MARIA LUCIA GARCIA DA SILVA
DADOS EXTRAIIDOS	
BOLETIM DE ENTRADA N.º	846.123
PRONTUÁRIO N.º	89.286
DATA DO ATENDIMENTO	19/06/15
HORA DO ATENDIMENTO	11:26H
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	POLITRAUMATISMO
CID 10	V29 + S82.5.0 + S82.1.0

### AVALIAÇÃO INICIAL:

PACIENTE DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCÍCLISTICO, HÁ  $\pm$  10 DIAS, ENCAMINHADO POR OUTRO SERVIÇO, COM QUEIXA DE DORES EM PUNHO ESQUERDO E JOELHO ESQUERDO, ENCAMINHADA POR OUTRO SERVIÇO.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX DE PUNHO ESQUERDO - RELATO COT = FRATURA DE RÁDIO DISTAL.  
RX DE JOELHO ESQUERDO - RELATO COT = FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO  
EXAMES LABORATORIAIS PRÉ-OPERATÓRIOS.

### TRATAMENTO:

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATÔ TIBIAL ESQUERDO COM REDUÇÃO + FIXAÇÃO + IMOBILIZAÇÃO COM TALA INGUINO-PODÁLICA, OPERADA POR DR. KARTNEY + TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DE FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO COM OSTEOSÍNTSE, OPERADA POR DR. RICARDO RAMOS + IMOBILIZAÇÃO COM TALA AXILOPAMAR.

ALTA HOSPITALAR:

28/06/15 COM PRESCRIÇÃO + RETORNO AGENDADO

09/10/2015

Dr. Joacilma Braga Brandão  
CRM: 1741/JPB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





Declaracão do Proprietário do Veículo

Eu, Antônio Carlos dos Santos,  
RG nº 1679205, data de expedição 13/12/2011 pelo Órgão SJP,  
portador do CPF nº 21695104404, com Domicílio na  
cidade de Santa Rita, no Estado de Rio Grande do Norte, onde  
resido na (Rua/Avenida/Estrada),  
nº 211, complemento, Edifício Centro, declaro, sob as penas da Lei, que  
o veículo abaixo mencionado é (era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima Delma Rosângela Gonçalves  
cujo o condutor era Antônio Carlos dos Santos.

Veículo: Honda CG 150 Titan Ex  
Ano: 2013 / 2013  
Modelo: Honda CG 150 Titan  
Placa: OFZ 9158 PB  
Chassi: 9CQKC1660DR528291  
Data do acidente: 19/10/2015

Local e data: Santa Rita PB - 25/11/2015

Antônio Carlos dos Santos

X Assinatura do Declarante Proprietário  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

FIC DIPVAT  
GRANDBERG  
08 DEZ 2015

Delma Rosângela Gonçalves  
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não é vítima reclamante do  
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

CANTÓRIO CLAUDIO GOMES  
3º OFÍCIO  
Santa Rita-PB, 25 de outubro de 2015  
Willame Cláudio Gomes da Silva  
Assinatura autorizada

CANTÓRIO CLAUDIO GOMES  
3º OFÍCIO  
Santa Rita-PB, 25 de outubro de 2015  
Willame Cláudio Gomes da Silva  
Assinatura autorizada

CANTÓRIO CLAUDIO GOMES  
3º OFÍCIO  
Santa Rita-PB, 25 de outubro de 2015  
Willame Cláudio Gomes da Silva  
Assinatura autorizada



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Suelio Roseane Gancia da Silva,  
RG nº 2636905 data de expedição 09/03/1999,  
Órgão SSP, CPF nº 046.454.414-22, venho perante a este  
instrumento declarar que não posso comprovar de endereço em meu  
nome, sendo certo e verdadeiro que residir no endereço abaixo descrito  
segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Loteado/rua	R. Nova Flórida
Número	800
Aptº / Complemento	
Bairro	Municiplon
Cidade	Santos Rita
Estado	Paráiba
CEP	58302-275
Telefone de contato	(31) 99965.5950 / 99872.9070
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Rita / 27/07/2015

Suelio Roseane Gancia da Silva  
Assinatura do Declarante

FAC DPVAT  
GRANDEBERG  
0-0-022705

Périco José Pessoa PB





Itau  
CREDENCIAMENTO  
DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA  
R. NOVA FORESTA 200  
MUNICÍPIOS  
58302-275  
SANTA RITA - PB  
1311042094295000022170 260715



Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	317,91
Pagamento efetuado em 04/07/2015	-317,91
• Saldo financeiro	0,00
• Lançamentos atuais	318,47
• Total dessa fatura	<b>318,47</b>

Titular: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA

Cartão: 5487 XXXX XXXX 6080

Para que você espere a fatura impressa chegar em casa! Mude agora para a Fatura Digital. Acesse: faidom.br/carteira/cadastro/fatura-digital



1311042094295000022170 260715



BIS 104 114



Manu  
http://192.168.25.254:8080/samaria/page/06  
Ouvidoria  
TJPB 24h



INTERNO SIN - CNES null - Tel:

Boletim de Atendimento: 45710

#### Identificação do paciente

ID	Nome	Sexo
90977	DEBORA ROSALINA	Feminino
Data de nascimento	Idade	Português
02/09/1984	31 anos 3 meses 26 dias	Pai
Mãe	MARIA LUCIA GARCIA DA SILVA	Responsável (Parentesco)

Escolaridade	Fone Fixo	DDD Fixo
DDD Móvel	Número documento	Nº Cns
Tipo documento		Tipo
Local de procedência		LIF
Email	Naturalidade	CBO/R

#### Endereço

CEP	Município de residência	UF	Logradouro
68500995	SANTA RITA	PB	Principal
Número	Complemento	Bairro	
200	RUA NOVA FLORESTA - TIBIRI III	Capitão	

#### Admissão

Data e hora Previsão	Número da pulseira	Convenio
14/06/2015 19:02:15	59310	SUS
Especialidade	Clinica	
MEDICO CLINICO	CLINICA MEDICA	

#### Classificação do risco

#### Caráter de atendimento

#### Urgência

#### Indicadores e Transporte

#### Caso policial

#### Meio de transporte

#### Sinais Vitais

#### PA

#### Exames complementares

#### Raio X [1]

#### Sangue [1]

#### Urina [1]

#### TC [1]

#### Liquor [1]

#### Ecg [1]

#### Ultrasomografia [1]

#### Dados clínicos

#### Diagnóstico

#### Atendido por

#### JOSE JACKSON

#### Impresso

#### 1 de 1

CIO	
Atendido por	Tempo

JOSE JACKSON

Tempo

04min 63seg

28/12/2015 11:28



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:44:09  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710440842200000043966608  
Número do documento: 21072710440842200000043966608

Num. 46277377 - Pág. 24

Código	Descrição
ZOO 0	Exame médico geral

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

Conducta médica

Dra. Alana Moura Di Pace  
Médica  
CRMESP 8566  
ALANA MOURA DI PACE

*Debora Rosalina Sica*  
DEBORA ROSALINA

28/12/2015 11:27

2 de 3





INTERNO, SIN -  
CNES: null - Tel.:

Paciente DEBORA ROSALINA	Idade 31	Sexo Feminino	BAE 45710 CNS	Data/Hora Entrada 14/06/2015 19:02:15
Data de nascimento 02/09/1984				Telefone de Contato
Mae MARIA LUCIA GARCIA DA SILVA				Prontuário
Endereço Principais, 200 - RUA NOVA FLORESTA - TIBIRI III	Bairro Capitão	Município SANTA RITA	UF PB	UF
Acidente	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional ALANA MOURA DI PACE	Nº Cons. Regional 8561/PB	Nº Cons. Regional
Data/Hora Classificação 24/06/2015 01:50:03				Data/Hora Prescrição 14/06/2015 19:28:05

### CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA

QUEIXA DO PRINCIPAL ESCORIAÇÕES PELO CORPO APÓS ACIDENTE DE MOTO, DOR NO JOELHO, EDEMA E DOR NO PULSO SIC.	QUEIXA DO PACIENTE ESCORIAÇÕES PELO CORPO APÓS ACIDENTE DE MOTO, DOR NO JOELHO, EDEMA E DOR NO PULSO SIC.	ANTECEDENTES MORBITOS HAS Nâo	CARDIOPATIAS Nâo	DIABETES MELLITUS Nâo	PNEUMATIAS Nâo	NEUROLOGICOS Nâo	TABAGISMO Nâo	ALCOOLISMO Nâo	ALERGIA POSSUI ALERGIA? NEGA	ESCALA DE DOR ESCALA DE DOR DOR 5
SINAIS VITIAIS PA 120x70										
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO ÁREA VERDE										

### Anamnese

PCPE JOVEM VIEJO AO SERVICO COM QUADRO DE ESCORIAÇÕES POR TODO EM BRACO, ANTEBRACO, PERNA ESQUERDA HA 30 MINUTOS, NEGANDO FERIDA DE CONCIÊNCIA

### Exame Físico

ESCORIAÇÕES DIVERSAS

### CID10





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Delma Rosânia Gama da Silveira, portador da carteira de identidade nº 2636905 e inscrito no CPF nº 046.451.444-22, residente e domiciliado na R. Nova Floraia, 00 Mauá/RJ, CEP: 28302-215, Cidade Santa Rita,

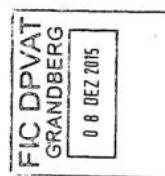
Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou  
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou  
 O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Dr. Delma Rosânia Gama da Silveira  
Assinatura do declarante  
Conforme documento de identificação  
Santo Rita PB - 27 de Novembro 2015  
Local e data



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3151041117 Cidade: Santa Rita Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA Data do acidente: 14/06/2015 Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

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

Data da análise: 02/02/2016

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE JOELHO E PUNHO ESQUERDOS

Resultados terapêuticos: COM SEQUELA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE JOELHO E PUNHO ESQUERDOS

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / JOELHO ESQUERDO: 75% DE 25% / PUNHO ESQUERDO: 75% DE 25% / TOTAL: 37,5%

Documentos complementares:

Observações:

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			<b>37,5 %</b>	<b>R\$ 5.062,50</b>

### PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE SANTA RITA/PB**

Processo n.<sup>o</sup> 08020672920168150331

**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 **DEBORA ROSALINE GARCIA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, 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.

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 ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 5.062,50 (cinco mil e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, 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.

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

SANTA RITA, 23 de julho 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.joaoarbosaadvass.com.br](http://www.joaoarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:44:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710441006600000043966611>  
Número do documento: 21072710441006600000043966611

Num. 46277380 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:44:10  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710441006600000043966611>  
Número do documento: 21072710441006600000043966611

Num. 46277380 - Pág. 2