



27/07/2021

Número: **0802087-49.2018.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **17/08/2018**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DERIVALDO DA SILVA (AUTOR)		IRINA NUNES CABRAL DE PAULO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46275502	27/07/2021 10:27	<a href="#">Petição</a>	Petição
46275505	27/07/2021 10:27	<a href="#">2743536_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02</a>	Outros Documentos
46275508	27/07/2021 10:27	<a href="#">2743536_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



DOCUMENTO PESSOAL PROPRIETÁRIA DO VEÍCULO





Seguradora Líder - DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

VITIMA Deuvaldo de Silva  
DATA DO ACIDENTE 03/08/2017 CPF DA VITIMA 000.207.124-05  
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO  
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VITIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM  
A VITIMA É  
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Teixeira de Freitas  
Nº 25 COMPLEMENTO  
CIDADE Santa Rita UF PB BAIRRO Varzea Nova  
E-MAIL ccf.0020@gmail.com CEP 58300-010 TELEFONE (83) 98849-5530  
83 99113-0753

MAQUÊ (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ LAUDO MÉDICO (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) • Deuvaldo de Freitas a 3000 anos de previdência
- (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO Excedente / Super todo 30 minutos

## 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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ( ) CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS MEDICAMENTOSAS E OUTRAS
- ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIAS, ACONSELHADOS OU RESCUTÁRIAS MÉDICAS (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## 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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
  - MORTE - R\$ 13.500,00
  - INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVIDENCIÁRIO 1.194/74.
  - 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, ACESSAR [WWW.DPVATSEGURODOUTRANISTO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOUTRANISTO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1224

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/07/2017  
IDENTIDADE Adalberto Neto  
ASSINATURA Adalberto Neto

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 22/07/2017  
NOME Adalberto Neto  
ASSINATURA Adalberto Neto



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180075942 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DERIVALDO DA SILVA **Data do acidente:** 07/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 23/02/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO, PÉ E TORNOZELO DIREITOS

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

### 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

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180075942 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DERIVALDO DA SILVA **Data do acidente:** 07/08/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do maléolo medial (tornozelo direito)

**Descrição do exame médico pericial:** Paciente chegou deambulando sem auxílio de terceiros e ou muletas, apresenta leve claudicação, apresenta limitação de movimentos no tornozelo direito (flexão dorsal 0-10°, flexão plantar 0-20°, bloqueio de inversão e eversão do tornozelo), diminuição força de tornozelo direito grau 4. Edema crônico no tornozelo e hipersensibilidade local.

**Resultados terapêuticos:** Paciente submetido a tratamento conservador de fratura no maléolo medial, evoluiu com bolhas e dor crônica no pé e tornozelo. Seguido de claudicação e limitação de movimentos no tornozelo direito.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional grave do tornozelo direito.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 05/03/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:** Indenização em grau intenso do tornozelo devido ao edema e limitação da mobilidade articular. Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

**Médico examinador:** Douglas Michalane Pires Teixeira

**CRM do médico:** 5336

**UF do CRM do médico:** PB

### 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 tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

### PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

**Médico revisor:** JULIO O MOZES

**CRM do médico:** 20462

**UF do CRM do médico:** SP

**Assinatura do médico:**



PROCURAÇÃO

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
08 FEV. 2018  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

OUTORGANTE: Derivaldo da Silva  
NACIONALIDADE: Brasileiro ESTADO CIVIL: Solteiro  
PROFISSÃO: Químico de Óleo Nº DO RG: 04554100997  
ORGÃO EMISSOR: Detran-PB DATA DE EMISSÃO: 15/10/03  
Nº DO CPF: 000.207.124-05 ENDEREÇO: Rua Gonçalves  
de Albuquerque, nº 25, Varzea Nova, Santa Rita-PB, Cep 58300-010

OUTORGADO: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO  
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO  
PROFISSÃO: ADVOGADO Nº DO RG: 22.742  
ORGÃO EMISSOR: OAB-PB DATA DE EMISSÃO: 07/05/2016  
Nº DO CPF: 007.854.364-99 ENDEREÇO: AVENIDA COREMAS, Nº 172, BAIRRO  
CENTRO, JOÃO PESSOA-PB, CEP 58.013.430.

PODERES: Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Derivaldo da Silva, ao qual tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela seguradora Líder ou via Correios de Telégrafos, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido procurador dar entrada no processo em nome do mesmo, enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro, acompanhar o número do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias, retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, apresentar documentos referentes ao sinistro junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas a SUSEP, além de transigir e depositar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de pagamento, aviso de sinistro e Protocolo de Recepção de Documentos, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT. OBS: É de inteira responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Santa Rita - PB, 06 de Junho de 2018.

2º Ofício de Notas e  
Registro de Imóveis  
Santa Rita - PB

Derivaldo da Silva

Outorgante

OBS: Reconhecer a firma da assinatura por autógrafo

2º Ofício de Notas e Registro  
de Imóveis  
Santa Rita - Paraíba  
Rua Teixeira de Freitas, nº 100, Centro, Santa Rita - PB, CEP 58300-010  
Alexsandro Rolim Dantas  
Escritor Autorizado

2º OFÍCIO DE NOTAS - REGISTRO DE IMÓVEIS  
SANTA RITA - PARAÍBA  
RUA TEIXEIRA DE FREITAS, Nº 100, CENTRO, SANTA RITA - PB, CEP 58300-010  
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: DERIVALDO DA SILVA  
Em test. da verdade. Santa Rita-PB 06/02/2018 10:02:53  
Alexsandro Rolim Dantas - Escrevente  
(2018-000383)EML:R# 89,48 FAP:ENTR# 0,28 FEPJ:R# 1,90 ISS:R# 0,42  
SELO DIGITAL: AGD73085-5TE3  
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: DERIVALDO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180075942

Vítima: DERIVALDO DA SILVA

Data do Acidente: 07/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180075942**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12399303

Pag. 00421/00422 - carta\_01 - INVALIDEZ





Rio de Janeiro, 23 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: DERIVALDO DA SILVA

Sinistro: 3180075942

Vítima: DERIVALDO DA SILVA

Data do Acidente: 07/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180075942** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00587/00588 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12425544



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2018

Carta nº: 12508696

A/C: DERIVALDO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180075942  
Vitima: DERIVALDO DA SILVA  
Data do Acidente: 07/08/2017  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NETO

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: DERIVALDO DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000000037

Conta: 000000020265-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01897/01898 - carta\_15R - INVALIDEZ

00020949



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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

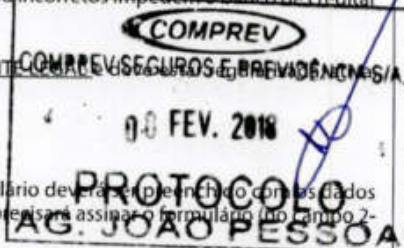
É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").



Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

000.207.124-05

Nome completo da vítima

Derivaldo da Silva

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Derivaldo da Silva		CPF titular da conta 000.207.124-05	Profissão Recuperação
Endereço Rua Transa do Loureiro		Número 25	Complemento
Bairro Vizinha Nova	Cidade Santa Rita	Estado PB	CEP 58300-010
Email cc.f.edes@gmail.com		Telefone (DDD) 83-98849-5530	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		BANCO	
AGÊNCIA NRO. 0037 D/V		Nome NRO.	
CONTA NRO. 000.202.65 D/V		AGÊNCIA NRO. D/V	
CONTA D/V		CONTA D/V	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Santa Rita, 07 de Janeiro de 2018

Local e Data

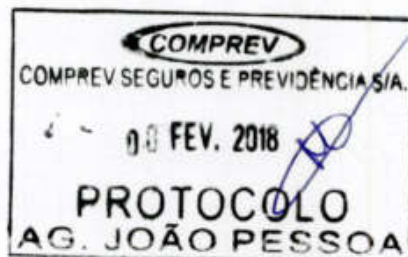
Derivaldo da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017









**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01068.01.2018.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01068.01.2018.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:12 horas do dia 06 de fevereiro de 2018, 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 Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Derivaldo da Silva**, CPF nº 000.207.124-05, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Queimador, filho(a) de Maria da Conceição da Silva e Não Declarado, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 27/10/1976 (41 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Travessa do Cajueiro, Nº 25, bairro Varzea Nova, tendo como ponto de referência Colégio Multirão, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98816-0218.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av Diogo Velho, Por Trás da Caixa D'água, João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 07/08/17 09:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**


**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, no dia 07/08/2017, por volta das 09:00 horas da manhã, quando transitava na AV. Diogo Velho, centro desta Capital PB, no veículo, tipo motocicleta, marca e modelo: Honda/CG 150/FAN ESI, de cor vermelha, ano e fabricação: 2013, de placa OGD 7604/PB, Chassi nº 9CKC1670DR469065, registrada em nome de: Maria Josinete Rodrigues da Silva, CPF nº 047.826.284-12; QUE segundo o notificante ao chegar no endereço acima citado, levando como passageira a sua esposa: Maria Josinete Rodrigues da Silva, um outro veículo, tipo ônibus, não identificado pelo notificante, e no momento que este veículo(ônibus) fazia o cruzamento o notificante, tentou freiar, mas que não conseguindo colidiu na lateral deste(ônibus), que devido ao impacto, notificante e sua esposa acima citado, vieram a cair, e se lesionando, sendo o notificante socorrido pelo SAMU, conforme declaração, apresentado e sua esposa sendo socorrida por uma viatura do corpo de bombeiros, e levado posteriormente para o hospital de Emergência e trauma Senador Humberto Lucena, conforme laudo médico apresentado. Não quer representar criminalmente.

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

João Pessoa/PB, 06 de fevereiro de 2018.

  
**JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS**  
Agente de Investigação

  
**DERIVALDO DA SILVA**  
Notificante



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Devonildo da Silva

CPF da Vítima

000.207.124-05

Data do Acidente

07/08/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

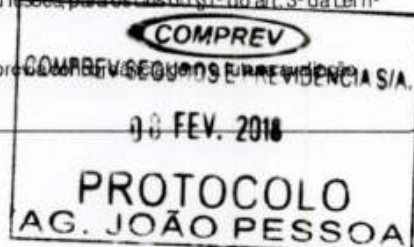
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa a produção de prova ou a renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Santa Rita, 07 de Fevereiro de 2018

Local e Data



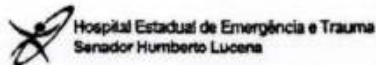
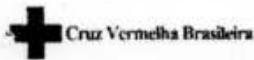
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017







AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1018804



<b>Identificação do paciente</b>				
ID 1197754	Nome DERIVALDO DA SILVA		Sexo Masculino	
Data de nascimento 27/10/1976	Idade 40 anos 9 meses 11 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DA CONCEICAO DA SILVA	Pai NAO INFORMADO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) NATALIA RODRIGUES DA CRUZ - PAI			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 981030268	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento CNH	Número documento 2188916	NP Cna		
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA	Tipo BAIRRO	UF PB		
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R		
<b>Endereço</b>				
CEP 58301490	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro SEVERINO LOURENCO	
Número SN	Complemento RUA PROJETADA B VARZEA NOVA	Bairro POPULAR		
<b>Admissão</b>				
Data e Hora 07/08/2017 11:03:49	Número da pulseira 1000004189120	Convênio SUS	COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A. 08 FEV. 2018	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	PROTOCOLO AC. JOAO PESSOA		
Classificação de risco	Origem do Acidente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTOCICLETA X ONIBUS		
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não TOMOGRAFIA	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou	TIPO ... TC p.d		
<b>Sinais Vitais</b>		DATA ... 21/8/17		
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	HORA ... 16:25	
<b>Exames complementares</b>			NOME TÊC. RAD: 6	
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]
ECG [ ]				Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos Paciente segue por acidente de moto, segue com lesões graves segue em cuidados				ASS.: Wendy Carla G. Andrade Enfermeira CONEXÃO 424561
Diagnóstico				CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA				Tempo 02min 17seg

OBS: Paciente consciente sem alterações  
tra a neurol.

07/08/2017 11:07

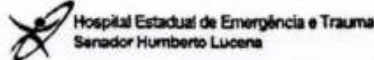
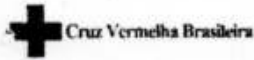


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:27:02

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710270263600000043964753

Número do documento: 21072710270263600000043964753

Num. 46275505 - Pág. 13



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1018804



<b>Identificação do paciente</b>				
ID 1197754	Nome DERIVALDO DA SILVA		Sexo Masculino	
Data de nascimento 27/10/1976	Idade 40 anos 9 meses 11 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe MARIA DA CONCEICAO DA SILVA	Pai NAO INFORMADO			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) NATALIA RODRIGUES DA CRUZ - PAI			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 981030268	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento CNH	Número documento 2188916	NP Cra		
Local de procedência CENTRO / JOAO PESSOA	Tipo BAIRRO	UF PB		
Email	Naturalidade SANTA RITA	CBO/R		
<b>Endereço</b>				
CEP 58301490	Município de residência SANTA RITA	UF PB	Logradouro SEVERINO LOURENCO	
Número SN	Complemento RUA PROJETADA B VARZEA NOVA	Bairro POPULAR		
<b>Admissão</b>				
Data e Hora 07/08/2017 11:03:49	Número da pulseira 1000004189120	Convênio SUS	COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A. 08 FEV. 2018	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica	PROTOCOLO AC. JOAO PESSOA		
Classificação de risco	Origem do Acidente RUA			
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTOCICLETA X ONIBUS		
<b>Indicadores e Transporte</b>				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não TOMOGRAFIA	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou	TIPO ... TC ... DATA ... 21/8/17 HORA ... 16:25		
<b>Sinais Vitais</b>				
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	NOME TÊC. RAD.: ASS.:	
<b>Exames complementares</b>				
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos Paciente chegou por acidente de moto, segue com lesões graves segue em cuidados Wendy Carla G. Andrade Enfermeira CONEXÃO 424561				
Diagnóstico				CID
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA				Tempo 02min 17seg

OBS: Paciente consciente sem alterações  
fora a neurol.

07/08/2017 11:07





# 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: 07/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

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

CLIENTE: DERIVALDO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

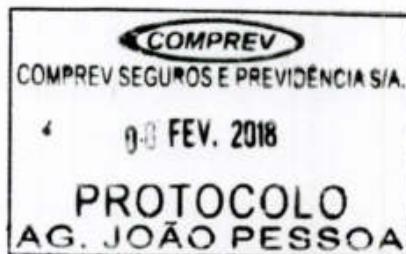
CONTA: 000000020265-0

---

---

Nr. da Autenticação 252783E42BC75F10





BANCO DO BRASIL

001-9 00194 52101 00072 964



CTC RECIFE PE PL7

DERIVALDO SILVA  
RUA TRAVESSA DO CAJUEIRO 25  
VARZEA NOVA  
58300-010 SANTA RITA - PB



Postagem: 28/12/2017

Vencimento: 09/01/2018



7213195096260370000000402030281217

#### Cartão

Cartão de Crédito Oi Mastercard Domesti  
Nº 5488 \*\*\*\* \* 5368

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 28/01/2018

Pág. 001 de

**Vencimento  
09/01/2018**

#### > Atenção:

- Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.
- Caso seja efetuado exatamente o pagamento mínimo, na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de, no máximo, **R\$ 80,68**. Consulte o CET no quadro Custo Efetivo Total desta fatura, item Crédito Rotativo/Seques.

**Valor Total:**

R\$ **798,32**

Pagamento mínimo: (1)

R\$ **119,75**

Pagamento parcelado

**ENTRADA 7%**  
+23X 7%

(1) O pagamento mínimo inclui as mensalidades de parcelamentos anteriores lançados nesta fatura, caso eu;  
(2) Para parcelar esta fatura em 24 vezes (1 + 23), pague até o vencimento, de uma só vez, o valor da entrada  
(R\$ 79,52 + CET 283,77%a.a.). Se você possui parcelamentos anteriores, a mensalidade que será debitada nest  
contempla o valor da entrada. Para parcelamento após o vencimento da fatura, consulte de todos planos de parcel  
e informações sobre o CET, acesse [oi.com.br/parcelasufatura](http://oi.com.br/parcelasufatura), procure um caixa eletrônico ou ligue para o C  
Atendimento do Banco do Brasil.

#### > Total da Fatura

Saldo - R\$

798,32

#### > IOF e Encargos nesta Fatura

IOF

#### > Encargos Financeiros

Crédito Rotativo

1  
11,89

2  
11,89

#### > Tarifas

Consulte as tarifas do seu cartão r  
Tabela de Tarifas do Banco do Brasil

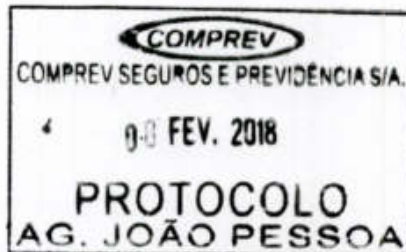


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:27:02

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710270263600000043964753>

Número do documento: 21072710270263600000043964753

Num. 46275505 - Pág. 16



BANCO DO BRASIL

001-9 00194 52101 00072 964



CTC RECIFE PE PL7

DERIVALDO SILVA  
RUA TRAVESSA DO CAJUEIRO 25  
VARZEA NOVA  
58300-010 SANTA RITA - PB



Postagem: 28/12/2017

Vencimento: 09/01/2018



7213195096260370000000402030281217

#### Cartão

Cartão de Crédito Oi Mastercard Domesti  
Nº 5488 \*\*\*\* \* 5368

Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 28/01/2018

Pág. 001 de

**Vencimento**  
**09/01/2018**

#### > Atenção:

- Em caso de pagamento inferior ao valor total, o cliente deverá arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.
- Caso seja efetuado exatamente o pagamento mínimo, na próxima fatura poderão ser cobrados encargos financeiros de, no máximo, **R\$ 60,68**. Consulte o CET no quadro Custo Efetivo Total desta fatura, item Crédito Rotativo/Seques.

#### Valor Total:

R\$ **798,32**

Pagamento mínimo: (1)

R\$ **119,75**

Pagamento parcelado

**ENTRADA 7%**  
**+23X 7%**

(1) O pagamento mínimo inclui as mensalidades de parcelamentos anteriores lançados nesta fatura, caso eu;  
(2) Para parcelar esta fatura em 24 vezes (1 + 23), pague até o vencimento, de uma só vez, o valor da entrada  
(R\$ 79,82 + CET 293,77%a.a.); Se você optar por parcelamentos anteriores, a mensalidade que será debitada não  
contempla o valor da entrada. Para parcelamento após o vencimento da fatura, consulte de todos planos de juros  
e informações sobre o CET, acesse [oi.com.br/parcelasufatura](http://oi.com.br/parcelasufatura), procure um caixa eletrônico ou ligue para o C  
Atendimento do Banco do Brasil.

#### > Total da Fatura

Saldo - R\$

798,32

IOF

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

(IOF - Imposto sobre Operações Financeiras)

#### > Encargos Financeiros

Crédito Rotativo

1  
11,89

2  
11,89

#### > Tarifas

Consulte as tarifas do seu cartão e  
Tabela de Tarifas do Banco do Brasil



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:27:02

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710270263600000043964753>

Número do documento: 21072710270263600000043964753

Num. 46275505 - Pág. 17



# CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL6 DATA DE POSTAGEM: 09/12/2017

ADAILSON LUIZ DE QUEIROZ COUTINHO NE  
AV COREMAS 172  
CENTRO  
58013-430 JOAO PESSOA PB



7211307021328863401075784530061217





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 07 7204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

SAC DPVAT 0800 07 7204 ou 0800 221206  
SAC DPVAT SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Adailson Luiz de Oliveira Coutinho Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 007.854.364 / 99 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Deonildo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.207.124 / 05 do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade da Vítima Deonildo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 000.207.124 / 05, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Avenida Getulio</u>		Número	<u>172</u>	Complemento	
Bairro	<u>Centro</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>	CEP
Email	<u>cc.f.cas@igmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>83-3506-1910</u>	Telefone celular (DDD)	<u>83-98849-5530</u>	

João Pessoa, 07 de Fevereiro de 2018  
Local e Data

Adailson Luiz de Oliveira Coutinho Neto  
Assinatura do Declarante

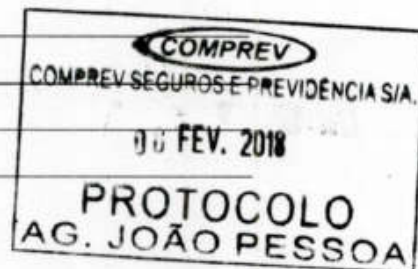
DLRL001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria Josinete Rodrigues da Silva,  
RG nº 2.402.863, data de expedição 13 / 03 / 2008,  
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 044.826.284-12,  
com Domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado  
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Avenida do Capão,  
nº 25, complemento Várzea Nova, declaro, sob as  
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na  
data do acidente ocorrido com a vítima  
Denivaldo da Silva, cujo o condutor  
era Denivaldo da Silva.

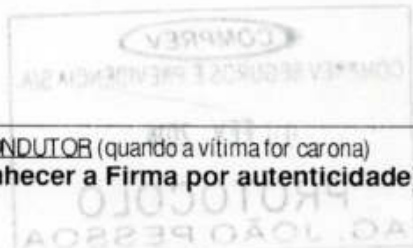
Veículo.....: Motocicleta  
Ano.....: 2013  
Modelo.....: Honda/CG 150 Fan Est  
Placa.....: OGD-1604/PB  
Chassi.....: 9C2KC16T0DR469065  
Data do acidente.: 07/08/2017



Local e data: Santa Rita - PB, 06 de Janeiro de 2018

X Maria Josinete Rodrigues da Silva  
Assinatura do Declarante Proprietário  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X \_\_\_\_\_  
Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

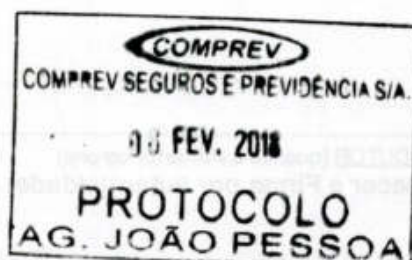


**2º OFÍCIO DE NOTAS - REGISTRO DE IMÓVEIS**  
SANTA RITA - PARAIBA  
RUA SUELIANA CAMPOS, 53 - CENTRO - SUCATAMA - PB - 57000-000

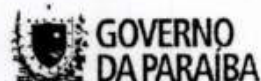
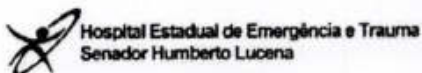
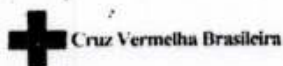


Reconhecido, como autêntica e verdadeira, a(s) assinatura(s) de:  
MARIA JOSINETE RODRIGUES DA SILVA  
Em test.da verdade. Santa Rita-PB 06/02/2018 09:55:23  
Alexsandro Rolim Dantas - Escrevente  
[2018-000382]EIMOL:R\$ 89,48 FAPEN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: AG073084-P26Z  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

**Alexsandro Rolim Dantas**  
**Escrevente Autorizado**







AREA AMARELA  
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES: 454554

Paciente <b>DERIVALDO DA SILVA</b>		BAE <b>1018804</b>	Data/Hora Entrada <b>07/08/2017 11:03:49</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>27/10/1976</b>	Idade <b>40</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 981030268</b>
Mãe <b>MARIA DA CONCEICAO DA SILVA</b>				Prontuário
Endereço <b>SEVERINO LOURENÇO, SN - RUA PROJETADA B VARZEA NOVA</b>		Bairro <b>POPULAR</b>	Município <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTOCICLETA X ONIBUS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>FRANKLY DO NASCIMENTO ANDRADE</b>	Nº Cons. Regional <b>4899/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>07/08/2017 11:03:49</b>			Data/Hora Prescrição <b>07/08/2017 16:21:24</b>	

### Anamnese

TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO. SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE NORMAIS. PANTURRILHA EDEMACIADA, PORÉM SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL. ENCHIMENTO CAPILAR NORMAL. SEM SINAIS DE LESÃO VASCULAR. ALTA DA VASCULAR.

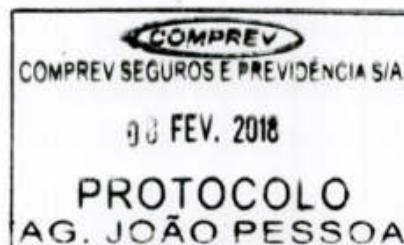
### Conduta

Em observação

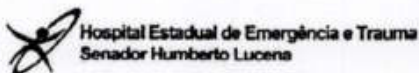
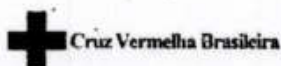
*Dr. Frankly*  
Cirurgião  
Cirurgião

FRANKLY DO NASCIMENTO ANDRADE  
(4899/PB)

DERIVALDO DA SILVA







## ADMINISTRATIVAS

Endereço: AV. ORESTES LISBOA,, S/N, CONJ. PEDRO GONDIM JO:O PESSOA, JOAO PESSOA - PB,  
58031090  
Tel: 32165736  
CNES: 454561

Paciente <b>DERIVALDO DA SILVA</b>		BAE <b>1018804</b>	Data/Hora Entrada <b>07/08/2017 11:03:49</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>27/10/1976</b>	Idade <b>40</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 981030268</b>
Mãe <b>MARIA DA CONCEICAO DA SILVA</b>				Prontuário
Endereço <b>SEVERINO LOURENÇO, SN - RUA PROJETADA B VARZEA NOVA</b>		Bairro <b>POPULAR</b>	Município <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTOCICLETA X ONIBUS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RODRIGO CASTRO DO AMARAL</b>	Nº Cons. Regional <b>4847/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>07/08/2017 11:03:49</b>			Data/Hora Prescrição <b>07/08/2017 15:34:17</b>	

## Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO-CARRO SOFRENDO TRAUMA NO PÉ DIR. E TORNOZELO DIREITO. APRESENTA DOR E EDEMA IMPORTANTE NO PÉ E TORNOZELO. PERFUSÃO PRESERVADA. RADIOGRAFIAS DO PÉ E TORNOZELO SEM SINAIS DE FRATURA OU LUXAÇÃO PORÉM DEVIDO AO IMPORTANTE EDEMA SOLICITO TC DO PÉ DIR. - AVALIAR LIS-FRANC E RETROPE

## EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PÉ DIREITO

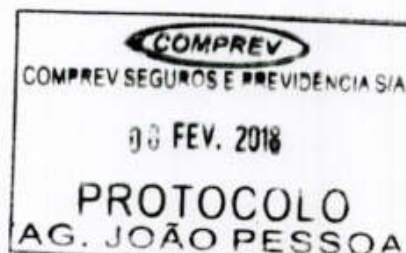
## CID10

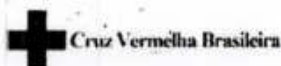
Código	Descrição
S90.3	Contusão de outras partes e partes não especificadas do pé

*Dr. Rodrigo Castro do Amaral*  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PB 4647 / TEOT 8331

RODRIGO CASTRO DO AMARAL  
(4847/PB)

DERIVALDO DA SILVA





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAIBA

AREA VERMELHA  
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel:  
CNES: 6121221

Paciente <b>DERIVALDO DA SILVA</b>	BAE 1018804	Data/Hora Entrada 07/08/2017 11:03:49	Data Baixa
Data de nascimento 27/10/1976	Idade 40	Sexo Masculino	CNS
Mãe <b>MARIA DA CONCEICAO DA SILVA</b>			Telefone de Contato (63) 961030266
Endereço <b>SEVERINO LOURENÇO, SN - RUA PROJETADA B VARZEA NOVA</b>	Bairro <b>POPULAR</b>	Município <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTOCICLETA X ONIBUS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>MARCEL SARAIVA BARBOSA</b>	Nº Cons. Regional 6900/PB
Data/Hora Classificação 07/08/2017 11:03:49		Data/Hora Prescrição 07/08/2017 11:33:32	

### Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA, APRESENTA TRAUMA CONTUSO EM OMBRO ESQUERDO E PERNA DIREITA, REFERE DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO EM MID E OMBRO E. NEGA TCE, TRAUMA TORÁCICO E ABDOMINAL. AOS EXAMES: ECG 15 EDEMA IMPORTANTE EM MID: ( PROGRESSÃO PARA SINDROME COMPARTIMENTAL?)

### MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% DE 500 ML, ADMINISTRAR 500,0 ML VIA E.V, AGORA, 0.0 (MGSM)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 MG VIA E.V., AGORA

TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

### CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA VASCULAR

**COMPREV**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

07 FEV. 2018

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO(TRES POSICOES)

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA DIREITO (AP +LATERAL + AXIAL)

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

### CID10

Código

Descrição

M75.4

Síndrome de colisão do ombro

### Conduta

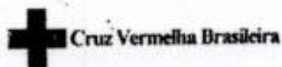
Em observação

Dx. Marcel Saraiva Barbosa  
Cirurgião Geral  
CRM 6900

MARCEL SARAIVA BARBOSA  
(6900/PB)







Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AREA AMARELA  
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNES: 454554

Paciente <b>DERIVALDO DA SILVA</b>		BAE 1018804	Data/Hora Entrada 07/08/2017 11:03:49	Data Baixa
Data de nascimento 27/10/1978	Idade 40	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 981030268
Mãe <b>MARIA DA CONCEICAO DA SILVA</b>				Prontuário
Endereço <b>SEVERINO LOURENÇO, SN - RUA PROJETADA B VARZEA NOVA</b>		Bairro POPULAR	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente <b>MOTOCICLETA X ONIBUS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA</b>	Nº Cons. Regional 6902/PB	
Data/Hora Classificação 07/08/2017 11:03:49			Data/Hora Prescrição 07/08/2017 13:34:33	

### Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO-CARRO APRESENTA DOR E EDEMA 3+/4+ TORNOZELO E PÉ DIREITOS CD: SOLICITO RADIOGRAFIAS DO PÉ DIREITO E DO TORNOZELO DIREITO

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DOR E EDEMA IMPORTANTE TORNOZELO DIREITO)

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DOR E EDEMA NO PÉ DIREITO APÓS TRAUMA)

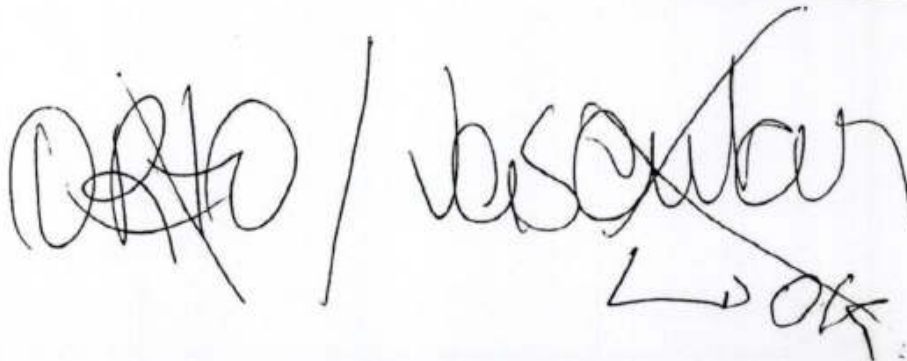
### Conduta

Em observação

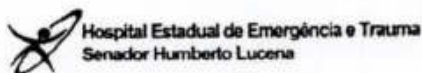
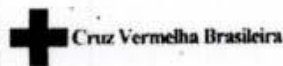
  
CARLOS ALBERTO MARQUES VIEIRA  
(6902/PB)

DERIVALDO DA SILVA

<b>COMPREV</b>
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
08 FEV. 2018
<b>PROTOCOLO</b>
AG. JOÃO PESSOA







AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>DERIVALDO DA SILVA</b>		BAE <b>1018804</b>	Data/Hora Entrada <b>07/08/2017 11:03:49</b>	Data Baixa <b>2017-08-07 16:48:17.0</b>
Data de nascimento <b>27/10/1976</b>	Idade <b>40</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS	Telefone de Contato <b>(83) 981030268</b>
Mãe <b>MARIA DA CONCEICAO DA SILVA</b>				Prontuário
Endereço <b>SEVERINO LOURENÇO, SN - RUA PROJETADA B VARZEA NOVA</b>		Bairro <b>POPULAR</b>	Município <b>SANTA RITA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTOCICLETA X ONIBUS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA</b>	Nº Cons. Regional <b>8637/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>07/08/2017 16:48:18</b>		Data/Hora Prescrição <b>07/08/2017 16:48:19</b>		

**Anamnese**

PACIENTE SUBMETIDO A TC DE TORNOZELO E PÉ EVIDENCIADO FRATURA DO MALEOLO MEDIAL SEM DESVIO CD: TALA BOTA RETORNO NO HTOP. AINES. ALTA DA ORTOPEdia

**PROCEDIMENTO**

BOTA TALA

**CID10**

Código	Descrição
S82.5	Fratura do maléolo medial

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
08 FEV. 2018

**Conduta**

Alta médica

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

**Alta Hospitalar**

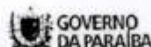
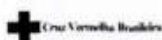
Usuário <b>LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA</b>	Data e Hora <b>07/08/2017 16:48:17</b>
Motivo de Alta <b>ALTA HOSPITALAR</b>	Observações <b>FRATURA DO MALEOLO MEDIA SEM DESVIO TALA BOTA ORIENTADO NÃO PISAR RETORNO NO HTOP</b>

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA  
(8637/PB)

DERIVALDO DA SILVA

*Handwritten signature: Rd Realiz 2017 10/08*





RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº	Data Prescrição
DERIVALDO DA SILVA	27/10/1976	40	MASCULINO	1018804		07/08/2017 11:33:32
Motivo do Atendimento	Setor	Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a		
ACIDENTE DE MOTOCICLETA				07/08/2017 11:33:32		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Apreçamento
1 Solução Fisológica 0,9%	500.0	ML		E.V.		AGORA		
2 GETOPROFENO 100 MG	1.0	MG		E.V.		AGORA		
3 TRAMADOL 100MG/2ML (AMPOLA)	1.0	ML		E.V.		AGORA		
4 PARECER ORTO	0.0							
5 SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA VASCULAR	0.0							

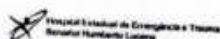
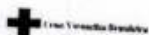
07 de Agosto de 2017

MARCEL SARAINA BARBOSA  
CRM: 0900

*[Assinatura]*  
Dr. Marcel Saraina Barbosa  
CRM 0900  
Assinatura e Carimbo do Profissional







# REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome  
DERIVALDO DA SILVA

Data de  
27/10/1976

Nº Boletim Emergência  
1018804

Prontuário

Material a examinar

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA  
(DOR E EDEMA IMPORTANTE TORNOZELO DIREITO)  
RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO  
(DOR E EDEMA NO PE DIREITO APOS TRAUMA)

AP/P VERMILHADO

## TOMOGRAFIA

TIPO ...  
DATA ...  
HORA ...  
NOME TÊC RAD ...  
ASS ...

## RAIOS-X

TIPO ...  
DATA ...  
HORA ...  
NOME TÊC RAD ...  
ASS ...

TC pe-Dir

Musculatura L1-L5-Frnt e retr-per

07 de Agosto de 2017

Dr. Rodrigo Castro do Amaral  
CRM-PS 48471-1/REG-5331

Assinatura e Carimbo do Profissional

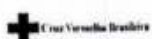


REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome DERIVALDO DA SILVA		
Data de 27/10/1979	Nº Boletim Emergência 1016804	Prontuário
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO ESQUERDO (TRES POSICOES) RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA DIREITO (AP + LATERAL + AXIAL) RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>SS: 11</p> <p>12.77</p> <p>11/10/17</p> <p>11/10/17</p> <p>RAIOS-X</p> </div>		
<div style="text-align: center;">               Dr. Manoel Soares de Araújo              CRM 6004           </div>		
07 de Agosto de 2017		

Assinatura e Carimbo do Profissional





# SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

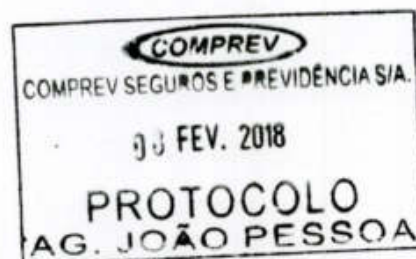
Nome DERIVALDO DA SILVA		
Data de 27/10/1976	Nº Boletim Emergência 1018804	Prontuário
Material a examinar		
PROCEDIMENTO BOTA TALA		

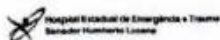
07 de Agosto de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

Assinaturas eletrônicas incorporadas com imagem e assinatura eletrônica

108804





# REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome DERIVALDO DA SILVA		
Data de 27/10/1976	Nº Boletim Emergência 1018804	Prontuário
Material a examinar		
EXAME DE IMAGEM TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PÉ DIREITO		

Dr. Rodrigo Carlos de Almeida  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PB 4847 / TEOT 8331

07 de Agosto de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional

1) apresentar cópia separada para imagem e laudo; 2) anexar cópia; 3) anexar cópia







**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000694419

Idade: 40 anos

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Data: 07/08/2017

### RADIOGRAFIA PERNA DIREITA

Textura e morfologia óssea conservadas.

Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.

Osteófitos marginais.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

*\* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



*Este laudo foi liberado em 07/08/2017 12:31.*

*Dr. Thiago C. C. Modesto*  
**Dr. Thiago C. C. Modesto**  
**CRM: 5710- PB**





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000694419

Idade: 40 anos

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Data: 07/08/2017

## RADIOGRAFIA DO JOELHO DIREITO

Textura e morfologia óssea conservadas.

Osteófitos marginais.

Ausência de traços de fratura com desalinhamento significativo.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

*\* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 07/08/2017 12:32.

*Thiago C. C. Modesto*

**Dr. Thiago C. C. Modesto**  
**CRM: 5710- PB**





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000694419

Idade: 40 anos

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Data: 07/08/2017

## RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Textura e morfologia óssea conservadas.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

Não há evidências de fraturas com desalinhamentos significativos.

*\* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



Este laudo foi liberado em 07/08/2017 12:35.

*Dr. Thiago C. C. Modesto*

**Dr. Thiago C. C. Modesto**  
CRM: 5710- PB





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000694419

Idade: 40 anos

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Data: 07/08/2017

### RADIOGRAFIA DO TÓRAX

Estruturas ósseas sem sinais de fraturas desalinhadas significativas.

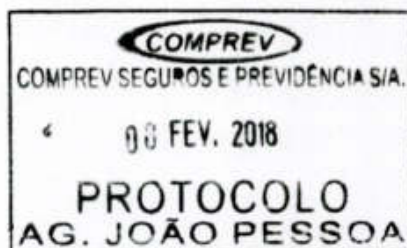
Campos pulmonares com transparência preservada.

Seios costofrênicos livres.

Mediastino centrado.

Área cardíaca de configuração anatômica.

*\* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



*Este laudo foi liberado em 07/08/2017 12:36*

*Dr. Thiago C. C. Modesto*  
**Dr. Thiago C. C. Modesto**  
**CRM: 5710- PB**







**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000694419

Idade: 40 anos

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Data: 07/08/2017

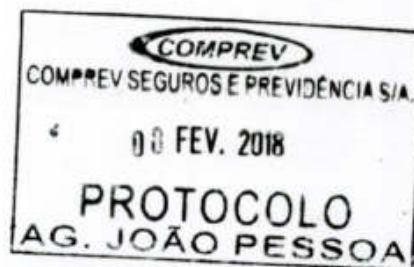
## RADIOGRAFIA OMBRO ESQUERDO

Textura e morfologia óssea conservadas.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

Não há sinais de traços de fratura com desalinhamento significativo.

*\* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



*Este laudo foi liberado em 07/08/2017 12:36.*

*Dr. Thiago C. C. Modesto*  
**Dr. Thiago C. C. Modesto**  
**CRM: 5710- PB**





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000695133

Idade: 40 anos

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Data: 07/08/2017

## **TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PÉ DIREITO**

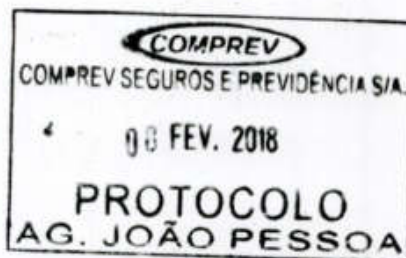
### **Técnica:**

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar

### **Análise:**

Não há evidências de calcificações periarticulares.  
Sinais de fratura do maléolo medial, sem desalinhamento ósseo.  
Espaços articulares conservados.  
Não há aumento significativo do líquido intra-articular.  
Grupamentos musculares com morfologia e coeficientes de atenuação preservados.  
Sinais de edema do tecido subcutâneo.  
Sinais de entesopatia calcanea.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*



*Este laudo foi liberado em 07/08/2017 16:30.*

**Dra. Alessandra P. C. Mendes**  
**CRM: 6293 - PB**





**Hospital Estadual de  
Emergência e Trauma**  
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000694723

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Idade: 40 anos

Data: 07/08/2017

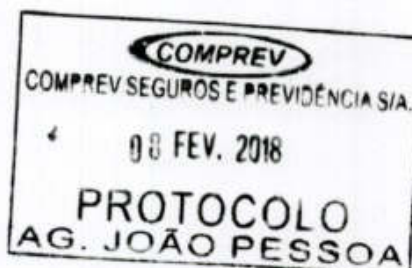
### RADIOGRAFIA TORNOZELO DIREITO

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Textura e morfologia óssea conservadas.

Espaços articulares sem reduções expressivas.

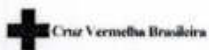
*\* O Raio-X é um exame subsidiário, devendo ser correlacionada com outros dados clínico-laboratoriais a critério clínico.*



*Este laudo foi liberado em 07/08/2017 16:37.*

**Dra. Alessandra P. C. Mendes**  
**CRM: 6293 - PB**





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## Receituário

Paciente: DERIVALDO DA SILVA

Idade 40

Data: 07/08/2017 16:46:35

Sexo: Masculino

CPF: Não  
Informado

BAE: 1018804

1- FLANCOX 400MG-----01 CAIXA

TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12/12 HORAS POR 05 DIAS.

  
Dr. Juvencio Medeiros  
8637/PB

Dr. LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA  
8637/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

**COMPREV**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

4 08 FEV. 2018

**PROTOCOLO**  
AG. JOÃO PESSOA







## Receituário Médico



Renovado do Sítio.

Via oral.

Cetalexina 500mg — 28cps.

Tomar 1cps. 6/6h.

7 dias.



Data:

19/08/17

Dr. Alisson R. F. Vieira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PB 6813 / CRE-PE 17006  
SB-37 120

Médico - CRM

F(NG).CC.002-1





Receituário Médico



Derivaldo de Silva.

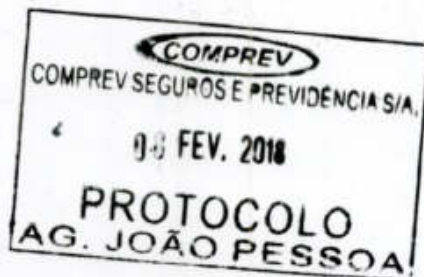
Uso Tópico

- óleo de Girassol. Pl curativa
- Clorexidina degermante.
- Sabon anti-séptico.

Data: 10/11

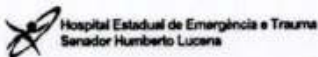
Dr. Alisson F.F. Vieira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PA 6913 / CRM-PE 17609  
SBOT 2017

Médico - CRM



F(NG).CC.002-1





AV. ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM  
CNES: 2458276 - Tel.: 8332165700

### Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)  
**DERIVALDO DA SILVA**

CNH  
**2188916**

FOI ATENDIDO (A) POR LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAM  
DO (A) **HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA**

NO DIA **07/08/2017 16:46:49**, NECESSITANDO DE **30** - TRINTA  
DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: PACIENTE SOLICITOU QUE NÃO FOSSE ADICIONADO AO ATESTADO O(S) CID(S);

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

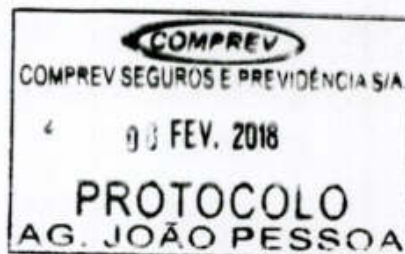
LOCAL E DATA


ASSINATURA DO MÉDICO/ODONTÓLOGO  
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO  
ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84,  
E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE **10** 15 DIAS DE  
AFASTAMENTO DO TRABALHO

LUIZ JUVENCIO MEDEIROS DE ARRUDA CAMARA  
(8437/PB)

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



 **GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA**  
**SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE**  
**HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SEN. HUMBERTO LUCENA**

**CARTÃO DE RETORNO**

PACIENTE: Renivaldo  
de Silva

DATA DO ATENDIMENTO: 08.08.13

Nº PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_ FICHA: \_\_\_\_\_

MÉDICO (CARIMBO): Dr. Renivaldo

DIAGNÓSTICO: Fx. melado

PROCEDIMENTO: Modul

7to. de segu.

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É  
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO

F(NG).APC.035-1





DATA DE RETORNO	ESPECIALIDADE	TURNO	SALA
	Quintana		
	Mto		
1 sem	orto		

F(NG).APC.035-1

**COMPREV**  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 98 FEV. 2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA



## RESUMO DE ADMISSÃO E ALTA

NOME: Dervaldo da Silva MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_

IDADE: 40 SEXO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_ CATEGORIA: \_\_\_\_\_

DATA DA ADMISSÃO: 16/08/17 DATA DA ALTA: 22/08/17 TEMPO DE PERMANÊNCIA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO(S) INICIAL(ES): erisipela bolhosa

DIAGNÓSTICO(S) DEFINITIVO(S): \_\_\_\_\_

EXAMES REALIZADOS: \_\_\_\_\_

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA: \_\_\_\_\_

### RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, COMPLICAÇÕES E PRESCRIÇÕES)

Paciente internado com MSD educado,  
ferimento bolhoso, calor e rubor.  
Durante internados houve melhora  
do estado geral.  
Omento curativo diário.

### DESTINO:

ALTA PARA CASA: SIM ( ) NÃO ( ) DATA: \_\_\_\_\_

Prescrição: Ciprofloxacina, Colagenase

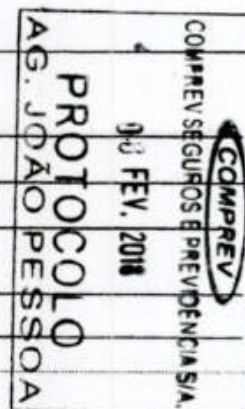
TRANSFERÊNCIA: NÃO ( ) SIM ( ) DATA: \_\_\_\_\_

LOCAL: \_\_\_\_\_ MOTIVO: \_\_\_\_\_

RETORNO: PSF ( ) POLICLÍNICA ( ) HOSPITAL ( ) DATA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

ÓBITO: NÃO ( ) SIM ( ) DATA: \_\_\_\_\_ DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

DADOS ADICIONAIS: \_\_\_\_\_



Data: \_\_\_\_\_

Acadêmico (a) FAMENE

Médico (a)





FUNDAÇÃO GOVERNADOR FLÁVIO RIBEIRO  
COUTINHO

Hospital e Maternidade Governador Flávio Ribeiro Coutinho

CNPJ Nº 09.433.715/0001-02

Av. Flávio Ribeiro, 202 – Centro – Santa Rita-PB / TEL: 83 – 3229-1039 / FAX 83- 3229-2014 / EMAIL:  
fundac@oi.com.br

## LAUDO

Aos 16 dias do mês de agosto do ano de dois mil e dezessete deu entrada neste serviço de saúde o Sr. DERIVALDO DA SILVA, ficando interno para tratamento de saúde, conforme Cid. A46, com melhora no quadro clínico, recebendo alta hospitalar em 22 de agosto do ano de dois mil e dezessete, conforme internação clínica que se encontra em arquivo, nesta instituição hospitalar.

### Sub Consulta de Internações por Paciente

Data	Hora	Nº de Atendimento	Clínica	Leito	Médico Resp.	Alta	Médico (Alta)
16/08/2017	09:02:58	1105094	Clínica Médica	Enfermaria 11 - Leito 55	LUCAS	22/08/2017	

*Dr. João Pessoa da Silva*  
Médico  
CRM/PB 10227

Santa Rita, 19 de outubro de 2017.





LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS DR. ROMEU A. MENEZES  
FUNDAÇÃO GOVERNADOR FLÁVIO RIBEIRO COUTINHO  
Pça. Flávio Ribeiro, 202 - Santa Rita - PB - Fone 2291039  
CGC 09 433 715/0001-02

NOME	DERIVALDO DA SILVA	No.	L-55
MED. Dr(a)		CONVÊNIO	SUS
EXAMES REQ	HEMOGRAMA	DATA DA COLETA	17/08/2017
		DATA DA EMISSÃO	17/08/2017

HEMOGRAMA

ERITROGRAMA

Hemácias.....	4,810 Milhões
Hemoglobina.....	13,1 g/dl
Hematócrito.....	40,9 %
Volume Globular Médio.....	85,03 y
Hemoglobina Globular Médio.....	27,23 yy
Conc. Hemoglobina Globular Média.....	32,03 %
RDW.....	14,5 %

Valores Referenciais

Homem	Mulher
4.5 - 6.1	4.1 - 5.3
12.8 - 17.8	11.6 - 15.6
40.0 - 54.0	36.0 - 48.0
81.0 - 98.0	
26.0 - 34.0	
31.0 - 36.0	
11 - 16 %	

LEUCOGRAMA

Leucócitos..... 9.300 mm<sup>3</sup>

	Vlr. Relativo	Referência
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	0	1 a 7
Segmentados.....	70	45 a 70
Eosinófilos.....	7	1 a 6
Basófilos.....	0	0 a 3
Linfócitos.....		
Típicos.....	20	21 a 25
Atípicos.....	0	0 a 1
Linfocitoides.....	0	2 a 4
Valor total.....	20	20 a 30
Monócitos.....	3	2 a 10

Adultos 3 600 a 11 000/mm<sup>3</sup>

Vlr. Absoluto	Referência
0	0
0	0
0	50 a 600
6510	1 500 a 7 000
651	50 a 600
0	0 a 200
1860	1200 a 2080
0	0 a 80
0	120 a 320
1860	1200 a 2400
279	100 a 1 000

PLAQUETAS..... 338,000/ mm<sup>3</sup>

VR.. 150.000 a 450.000/ mm<sup>3</sup>

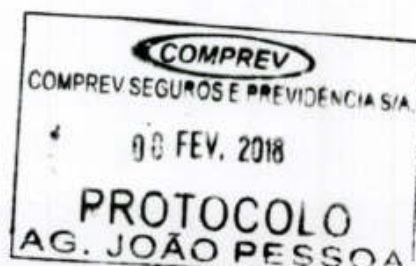
OBS: Hemácias Normocíticas, Normocrômicas.

Claudio Estefano Araújo de Souza  
CRF-PB 1898

Eclesia de Souza  
Biomédica  
CRBM 5969

Francisca das Chagas Ribeiro Silva  
CRBM-PE 2999  
BIOMÉDICA

O valor preditivo de qualquer diagnóstico, depende da análise conjunta entre o resultado e os dados clínicos e epidemiológicos do (a) paciente.





LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS DR. ROMEU A. MENEZES  
FUNÇÃO GOVERNADOR FLÁVIO RIBEIRO COUTINHO  
Pça. Flávio Ribeiro, 202 - Santa Rita - PB - Fone 2291039  
CGC 09 433 715/0001-0 2

NOME:	DERIVALDO DA SILVA	No.	L-55
MED. Dr(a)		CONVÊNIO:	SUS
EXAMES:	GLICEMIA/UREIA/CREATININA	DATA DA COLETA:	17/08/2017
		DATA DA EMISSÃO:	17/08/2017

RESULTADO

GLICOSE:	80,0 mg/dL	VR Neonatal, prematuro = 25-80 mg/dL
Amostra utilizada:	soro	Neonatal = 25-80 mg/dL
Método Enzimático		Crianças, adultos = 70-100 mg/dL
UREIA:	43,0 mg/dl	VR 15 a 39 mg/dl
Amostra utilizada:	soro	
Método: UV		
CREATININA:	1,10 mg/dl	VR Homens: 0,9 a 1,3 mg/dl
Amostra utilizada:	soro	Mulheres: 0,6 a 1,1 mg/dl
Método: Cinética		



Claudio Estefânio Araújo de Souza  
CRF-PB 1898

Eclesia de Oliveira Souza  
Biomédica  
CRBM 5969

Francisca das Chagas Ribeiro Silva  
CRBM-PE 2999  
BIOMÉDICA

O valor preditivo de qualquer diagnóstico, depende da análise conjunta entre o resultado e os dados clínicos e epidemiológicos do (a) paciente.





**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
90 FEV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIREÇÃO TÉCNICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE DERIVALDO DA SILVA  
DADOS DE NASCIMENTO 24/10/76  
NOME DA MÃE MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.018.804  
Nº PRONTUÁRIO  
DATA DO ATENDIMENTO 07/08/17  
HORA DO ATENDIMENTO 11:03  
MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA  
DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL E  
CID 10 S 82.5

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando trauma contuso em ombro E e perna D com edema importante e refere dor e limitação dos movimentos dos membros. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TC do tornozelo e pé D  
RX do tórax - AP  
RX do ombro E - AP  
RX do joelho D - AP e P  
RX do pé D - AP e P



### TRATAMENTO:

Fratura do maléolo medial D sem desvio à TC e RX. Sem alteração aos outros RX. Realizado atendimento, medicação, imobilização e tratamento conservador aos cuidados da Ortopedia e da cirurgia Vascular.

ALTA HOSPITALAR: 07/08/17  
DATA DA EMISSÃO: 09/01/18

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA  
MÉDICO ORTOPEDISTA  
CRM 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira  
CRM: 2516/PB

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: **DERIVALDO DA SILVA**

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF: **2188916 SSP PB**

CNP: **000.207.124-05** DATA NASCIMENTO: **27/10/1976**

PERMILHO: **MARIA DA CONCEICAO DA SILVA**

Nº REGISTRO: **04554100997** VALIDADE: **22/08/2018** 1ª MANUTENÇÃO: **22/01/2009**

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador: *Derivaldo da Silva*

LOCAL: **JOAO PESSOA, PB** DATA EMISSAO: **15/10/2013**

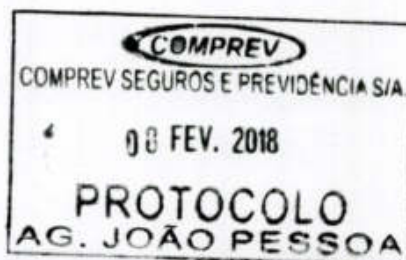
Assinatura do Emissor: *Rodolfo Carvalho*

61158943050  
PB026984903

DETRAN - PB (PARAIBA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
881344797

PROIBIDO PLASTIFICAR  
881344797







COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
09 FEB. 2016  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

**DETRAN - PB** Nº 013746866153  
**CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO**

VIA 1 COD. RENAVAM 0054710685-8 EXERCÍCIO 2017

NOME MARIA JOSINETE RODRIGUES DA SILVA

CPF/CNPJ 04782628412 PLACA 9CD7604/PB

PLACA ANT./UF NOVO PB CHASSI 9C2KC1670DR469065

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI ANO FAB 2013 ANO MOD 2013

CAP/POT/CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA IPVA PAGO EM 00/00/0000 VENC. COTA ÚNICA 1º 2º 3º

FAIXA IPVA 0 PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 0,00 IGP (R\$) 0,00 PRÊMIO TOTAL (R\$) 0,00 DATA DE PAGAMENTO 21/04/2017

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

DOCUMENTO DE PORT. OBRIGATORIO

LOCAL SANTA RITA-PB DATA 24/08/2017

41947 7003781

**SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT**

**PB Nº 013746866153 BILHETE DE SEGURO DPVAT**

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 24/08/2017

VIA 1 CPF/CNPJ 04782628412 PLACA 9CD7604/PB

RENAVAM 00547106858 MARCA/MODELO HONDA/CG 150 FAN ESI

ANO FAB 2013 DAT. TERC 9 Nº CHASSI 9C2KC1670DR469065

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

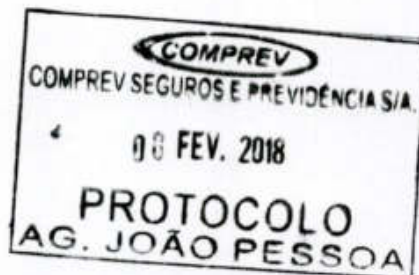
FNS (R\$) 0,00 DENATRAM (R\$) 0,00 CUSTO DO SEGURO (R\$) 0,00

CUSTO DO BILHETE (R\$) 0,00 IGP (R\$) 0,00 TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$) 0,00

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 27/04/2017

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**  
CNPJ 09.248.608/0001-04  
7003781-1602452-20170824

ACQ-2017



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Nome do(a) Examinado(a): **DERIVALDO DA SILVA** Sinistro: **3180075942** Data: **07/08/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA TRAVESSA DO CAJUEIRO, 25 - VARZEA NOVA - Santa Rita - PB - CEP 58300010**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP / PB** ] **2188916**

Data local do exame: [ **05/03/2018** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**Fratura do maléolo medial (tornozelo direito). Paciente chegou deambulando sem auxílio de terceiros e ou muletas, apresenta leve claudicação, apresenta limitação de movimentos no tornozelo direito e hipersensibilidade local.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**Paciente submetido a tratamento conservador de fratura no maléolo medial, evoluiu com bolhas e dor crônica no pé e tornozelo. Seguido de claudicação e limitação de movimentos no tornozelo direito.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Paciente apresenta limitação de movimentos no tornozelo direito (flexão dorsal 0-10°, flexão plantar 0-20°, bloqueio de inversão e eversão do tornozelo) claudicação leve, diminuição força de tornozelo direito grau 4. Edema crônico no tornozelo e hipersensibilidade local.**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**Tornozelo direito**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( **X** ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Douglas Michalane Pires Teixeira - CRM: 5336 - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:27:02

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710270263600000043964753

Número do documento: 21072710270263600000043964753

Num. 46275505 - Pág. 54





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

Processo n.º 08020874920188150331

**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 **DERIVALDO 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\$ 2.531,25 (dois mil e quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco 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.

Diante 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.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/07/2021 10:27:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072710270329300000043964754>  
Número do documento: 21072710270329300000043964754