



Número: **0809548-66.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **07/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
JOAO RODRIGUES DA SILVA (AUTOR)		GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO) ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
34095 513	09/09/2020 10:40	Petição
34095 518	09/09/2020 10:40	2747652_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_02
34095 519	09/09/2020 10:40	2747652_JUNTADA_DE_DOCS_01

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/09/2020 10:40:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910405401900000032613046>
Número do documento: 20090910405401900000032613046

Num. 34095513 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190523646 Vítima: JOAO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 05/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOAO RODRIGUES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: JOAO RODRIGUES DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000904

Conta: 0000022514-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190523646 Vítima: JOAO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 05/01/2019 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO RODRIGUES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14941386



01185/01186 - carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/09/2020 10:40:55
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009091040549480000032613051>
Número do documento: 2009091040549480000032613051

Num. 34005518 Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: <i>João Rodrigues da Silva</i>		
Nome completo:	REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Profissão:	Endereço:	CPF:	Estado:	CEP:
<i>Vidente</i>	<i>R. Memória Xavier Batista</i>	<i>753.327.524-15</i>	<i>PB</i>	<i>58079738</i>
Bairro:	Cidade:	Número:	Complemento:	
<i>Funerário</i>	<i>João Pessoa</i>	<i>211</i>	<i>APT 103</i>	
E-mail:	Tel.(DDD): <i>(83) 99921-9283</i>			

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

- | | | | |
|--|--|--|---|
| RENDIMENTO MENSAL: <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <i>Caixa Econômica</i>
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <i>0901</i> CONTA: <i>00022514 5</i>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:			
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Vivos:			Falecidos:						

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

Local e Data: <i>João 26-08-2019</i> Nome: <i>João Rodrigues da Silva</i> CPF: <i>753-327-524-15</i>	TESTEMUNHAS 1º Nome: <i>COMPREV PREVIDENCIA S/U</i> CPF: <i>09 SET. 2019</i> 2º Nome: <i>PROTÓCOLO AG. JOÃO</i> CPF: <i>Assinatura</i>
(*) Assinatura de quem assina A RODO	
<i>João Rodrigues da Silva</i>	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
Assinatura do Representante Legal (se houver)	
Assinatura do Procurador (se houver)	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/09/2020 10:40:55

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910405494800000032613051

Número do documento: 20090910405494800000032613051

Num. 34095518 - Pág. 3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: <i>João Rodrigues da Silva</i>		
Nome completo:	REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Profissão:	Endereço:	CPF:	Estado:	CEP:
<i>Vidente</i>	<i>R. Memória Xavier Batista</i>	<i>753.327.524-15</i>	<i>PB</i>	<i>58079738</i>
Bairro:	Cidade:	Número:	Complemento:	
<i>Funerário</i>	<i>João Pessoa</i>	<i>211</i>	<i>APT 103</i>	
E-mail:	Tel.(DDD): <i>(83) 99921-9283</i>			

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

- | | | | |
|--|--|--|---|
| RENDIMENTO MENSAL: <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <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"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |
|--|--|--|---|

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <i>Caixa Econômica</i>
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <i>0901</i> CONTA: <i>00022514 5</i>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

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

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

Local e Data: <i>João 26-08-2019</i>	Nome: <i>João Rodrigues da Silva</i>	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Nome: <i>João Rodrigues da Silva</i>	CPF: <i>753-327-524-15</i>	
(*) Assinatura de quem assina A RODO		
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/09/2020 10:40:55

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910405494800000032613051

Número do documento: 20090910405494800000032613051

Num. 34095518 - Pág. 4



**SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil**

**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 10109,01,2019,1,00,401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, no Registro de Ocorrência Policial Nº 10109.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 10:26 horas do dia 03 de setembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **João Rodrigues da Silva**, CPF nº 753.327.524-15, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Porteiro, filho(a) de Luiza Floripes de Alastau e Jose Rodrigues da Silva, natural de Belém/PB, nascido(a) em 03/04/1969 (50 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Bernadete Xavier Batista, Nº 81, bairro Funcionários, tendo como ponto de referência Apt 103, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98726-7724.

Dados do(s) Fatos:

Local: Avenida Juscelino Kubitshek, Retorno Geisel, João Pessoa/PB, bairro Ernesto Geisel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/01/19 18:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 05/01/2019, POR VOLTA DAS 18:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR VERMELHA, ANO 2018, PLACA QSA-3447/PB, CHASSI 9C2KC2210JR049069, NA AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKEK, GEISEL, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO COLIDIU NA LATERAL DA MOTOCICLETA DESTE NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE OSSOS DA Perna ESQUERDA, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO; QUE RETORNOU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA NO DIA 17/01/2019, ONDE REALIZOU PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO DIA 24/01/2019, COM ALTA MÉDICA EM 27/01/2019, CONFORME CERTIDÃO 0758/2019, ASSINADA PELA MEDICA FABIANA FERNANDES DE ARAUJO.

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

João Pessoa/PB, 03 de setembro de 2019

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação

~~JOAO RODRIGUES DA SILVA~~
Noticiante



Procedimento Policial: 10109.01-2019-1.00.401

111



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/09/2020 10:40:55
<http://pjje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009091040549480000032613051>
Número de documento: 2009091040549480000032613051

Núm. 34095518 - Pág. 5



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima: <i>João Rodrigues da Silva</i>		
Nome completo:	REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Profissão:	Endereço:	CPF:	Estado:	CEP:
<i>Vidente</i>	<i>R. Memória Xavier Batista</i>	<i>753.327.524-15</i>	<i>PB</i>	<i>58079738</i>
Bairro:	Cidade:	Número:	Complemento:	
<i>Funerário</i>	<i>João Pessoa</i>	<i>211</i>	<i>APT 103</i>	
E-mail:	Tel.(DDD): <i>(83) 99921-9283</i>			

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

- | | | | |
|--|--|--|---|
| RENDIMENTO MENSAL: <input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <i>Caixa Econômica</i>
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <i>0901</i> CONTA: <i>00022514 5</i>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:			
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não					Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Vivos:			Falecidos:						

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

Local e Data: <i>João 26-08-2019</i> Nome: <i>João Rodrigues da Silva</i> CPF: <i>753-327-524-15</i>	TESTEMUNHAS 1º Nome: <i>COMPREV PREVIDENCIA S/U</i> CPF: <i>09 SET. 2019</i> 2º Nome: <i>PROTÓCOLO AG. JOÃO</i> CPF: <i>Assinatura</i>
(*) Assinatura de quem assina A RODO	
<i>João Rodrigues da Silva</i>	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	
Assinatura do Representante Legal (se houver)	
Assinatura do Procurador (se houver)	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





CERTIDÃO

Nº. 0758/2019

Atendendo solicitação de JOAO RODRIGUES DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha nº 198315 e prontuário 2017.02.003487 pertencentes a **JOAO RODRIGUES DA SILVA** que foi atendido dia 05/01/2019 ás 19H32min, vitima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Retornou dia 17/01/2019 ás 10h08min com ficha nº 198315, apresentando febre e dor na perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 24/01/2019 com alta médica dia 27/01/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, data e assino a presente certidão.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

09 SET. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 20 de maio de 2019

Dra. Fabiana F. de Araújo
CARDIOLOGIA
CRM/PB 4516

Médica
CRM/PB 4516



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: 20/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOAO RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000022514-5

Nr. da Autenticação 3427554145568BED



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/09/2020 10:40:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910405494800000032613051>
Número do documento: 20090910405494800000032613051

Num. 34095518 - Pág. 8

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Roteiro para simples pagamento da nota fiscal/carta de energia elétrica - Nº 028.064.948



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br-338, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 56371-080
CNPJ 09.093.163 / 0001-18 Insc.Est. 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

LUCIANA NERIS DE AZEVEDO
RUA BERNADETE XAVIER BATISTA S/N QD 203 LT 15B APT 103
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1558293-5

REFERÊNCIA

JUL/2019

APRESENTAÇÃO

16/07/2019

CONSUMO

202

VENCIMENTO

21/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 141,56

Acesse: www.energisa.com.br



ESTAMPA DE AGORA

LUCIANA NERIS DE AZEVEDO
Roteiro: 09-002-471-3860
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 27/08/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
21/08/2019	R\$ 141,56	1558293-2019-07-8



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/09/2020 10:40:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910405494800000032613051>
Número do documento: 20090910405494800000032613051

Num. 34095518 - Pág. 9

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/venda de energia elétrica - N° 029.110.366



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 18.015.623-0

DADOS DO CLIENTE

ANTONIO JOAQUIM DE MORAIS
PC VENANCI NEIVA 21
SANTA RITA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/46622-7

REFERÊNCIA
AGO/2019

APRESENTAÇÃO
07/08/2019

CONSUMO

159

VENCIMENTO

14/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 150,16

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 22/08/2019

Pagador: ANTONIO JOAQUIM DE MORAIS CNPJ/CPF: 016.011.994-49

PC VENANCI NEIVA 21 - CENTRO - SANTA RITA / PB - CEP 00000-000

Nossa-Número 26249120004728826	Nr Documento 000046622201908	Data Vencimento 14/08/2019	Valor do Documento R\$ 150,16	Valor Pago
-----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	------------

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

BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/09/2020 10:40:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910405494800000032613051>
Número do documento: 20090910405494800000032613051

Num. 34095518 - Pág. 10



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capital e regiões metropolitanas: 4020-1586 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 55

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 SUSEP¹ 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 falta 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GUILLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 011.197.984 / 69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOÃO RODRIGUES DA SILVA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 353.327.524 / 15

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima JOÃO RODRIGUES DA SILVA

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 353.327.524 / 15, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>PRAGA VENÂNCIO NEIVA</u>		
Bairro:	<u>CENTRO</u>	Cidade:	<u>SANTA RITA</u>
E-mail:		Estado:	<u>PB</u> CEP: <u>58300-800</u> Tel.(DDD): <u>(83)99921-9283</u>

Local e Data: 09 DE SETEMBRO DE 2019

GUILLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA
Assinatura do Declarante



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 195239 Atd: Nao Regula
Data: 05/01/2019
Hora: 19:32:29
Repcionista: GIULIANA DE MENEZES D
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOAO RODRIGUES DA SILVA Num. de vezes atendido: 2
Num. Prontuario: 2017.02.003487

CNS: 124414612080009 Sexo: M IDENTIDADE: 1334754 Fone: 987331606

Natural: BELEM/PB Data Nasc.: 03/04/1969 Id: 49 ano(s)

End.: RUA BERNADETE XAVIER BATISTA, 81CPF-1334754

Bairro: FUNCIONARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: LUIZA FLORIPES DE ALUSTAU Pai: JOSE RODRIGUES DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO

Escolaridade: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: JOAO RODRIGUES DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 987331606 / IDENTIDADE: 1334754

Precedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: VITIMA QUEDA DE MOTO HJ AS18:40

Vitima de violência por: NO GEISEL

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR: **COMPREV**

FC:

COMPREV PREVIDENCIA S/A

Peso:

TP:

Glicemias:

Altura: 09 SET. 2019

Circ. Abd:

IMC:

Qneixa Principal

02%: PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

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

Observacao

MA DE QUEDA DE MOTO NEGA VOMITO E DESMAIO

(SII)

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Plano de tratamento: SAMU, vítima de acidente de moto com

aparente fratura exposta e deformidade em perna (L).

Vitima perdeu consciencia com vómito. G0190W 15.

Diagnóstico: Fratura

| Conduta

1º At.: ag. nome informar

Prescrição: CD: 1) Atendimento Clínico Horário da medicacao

2) Rx - analgesico de ontogenia

3) Altas da ser ferida.

Visit cronograma de retorno

Sela Vieira
Assistente
Exames



Descrição da Cirurgia	
Posição e Preparo:	① Fazente em DPA sobre a unha. ② ampuña + antímpia ③ exposição de canais dentais
Incisão:	④ Incisão vertical basilar em regras distal da peau E ⑤ Incisão longitudinal em regras da proximal do peau E
Achados:	⑥ Fret. de ero. da peau E + Repartição de ero da peau E
Conduta:	⑦ Retirada R AFI de frat. d'oro da peau E com Sutura em T 14 fios de náilon tipo Ponte nos anelos ⑧ Sutura com SFG 16 EV cefox ⑨ Sutura canais dentais. Submucosa + ple
Fechamento:	⑩ Plastia columa Uppz mésil ⑪ Encopria de Colágeno ⑫ Fito Misto
OBS:	

Data: 29/07/19

MÉDICO/CRM

RFD. Roberto
Ribeiro

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





*Segundo
(2)*

CERTIDÃO

Nº. 0758/2019

Atendendo solicitação de GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha nº 198315 e prontuário 2017.02.003487 pertencentes a **JOAO RODRIGUES DA SILVA** que foi atendido dia 17/01/2019 ás 10h08min, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 24/01/2019 com alta médica dia 27/01/2019.

E para constar eu, Fabiana Fernandes de Araújo, Médica, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 20 de maio de 2019

Dra. Fabiana Fernandes de Araújo
CARDIOLOGIA
CRM-PB 4516
Médica
CRM/PB 4516



BRE SITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COM MO HOSITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
5805.-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 198315 Atd: Nao Regula
Data: 17/01/2019
Hora: 10:08:23
Repcionista: CLEBIA FERREIRA RODRI
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 3

Nome: JOAO RODRIGUES DA SILVA

Num. Prontuario: 2017.02.003487

CNS: 124414612080009 Sexo: M IDENTIDADE: 1334754 Fone: 987331606

Natural: BELEM/PB Data Nasc.: 03/04/1969 Id: 49 ano(s)

End.: RUA BERNADETE XAVIER BATISTA,81CPF-1334754

Bairro: FUNCIONARIOS Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: LUIZA FLORIPES DE ALUSTAU

Pai: JOSE RODRIGUES DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: JOAO RODRIGUES DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 987331606 / IDENTIDADE: 1334754

P- edencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: FEBRE E DOR

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

PAINTS CIRURGIADO HA +/- UMA SEMANA, REFERE DOR E FEBRE (SIC)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

foi feita fisica e constatou-se que o paciente tem dor no lado esquerdo da cintura e dor nas costas. Foi prescrita analgesica e reposo.





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: _____ / _____ / _____

Nome: _____

Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

QPD: *Sou defensor do Amor que é um @*

HDA: *Painel avião do caixão. Ele não
vai chegar em tempo @
Assentando. Ele é defensor do amor @
Cacumê se foda em seu Vídeo.*

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

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

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

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

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

FC= ____ FR= ____ TEMP(°C)= ____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

IX Enzima Sanguínea de Vida Crônica (6)

Hipóteses Diagnósticas: _____

Fracasso de ossos da pena

Conduta: _____

*Intervenção para tratamento**Grau II - Traumatologia
Grau I - Radiologia
Grau III - Endocrinologia
Grau IV - Cardiologia
Grau V - Neurologia
Grau VI - Urologia
Grau VII - Gastroenterologia
Grau VIII - Hematologia*



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Sónia Radins</u> S/N				Registro:	
Idade: <u>31</u>	Sexo: <u>fem</u>	Cor: <u>branca</u>	Clinica: <u>1170601-1</u>	EMP:	LR:
Data: <u>10-01-19</u>	Cirurgião: <u>Dr. Robert Santos</u>	1º Assistente: <u>Dr. André</u>			
2º Assistente: <u>Dr. Wellington</u>	3º Assistente: <u>Dr. Ennas</u>	Instrumentador:			
Anestesista: <u>Dr. Wellington</u>	Tipo Anestesia:	Horário: I:	T:		
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Fistula sonora perineal</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>A menor</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Extravasando - descompressão aberta</u>					
<u>+ cirrose inter-</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 (X) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 (P) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/09/2020 10:40:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910405494800000032613051>
Número do documento: 20090910405494800000032613051

Num. 34095518 - Pág. 18

id.

Painel. náuseas de evolução de 1 mês.
Progr. náuseas em desenrolar, glosogalactose
Náuseas da ameaça. Vomitação ou sialolalia
Sintomas de rotulação dolorosa
Dor e deformidade em peito. ②

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Dx: Febre de Vírus (resfriado)
Febre de f. Ceb.
Esantagem suspeita de gripes.
CO. Início com Viremia e infecção

Zauri F. G. Júnior
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 6918/TEOT-13839

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

| Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia Transferido Desistência UTI
 Alta a pedido Enfermaria Obito: Atestado SVO IMI

Assinatura do Paciente/Responsável

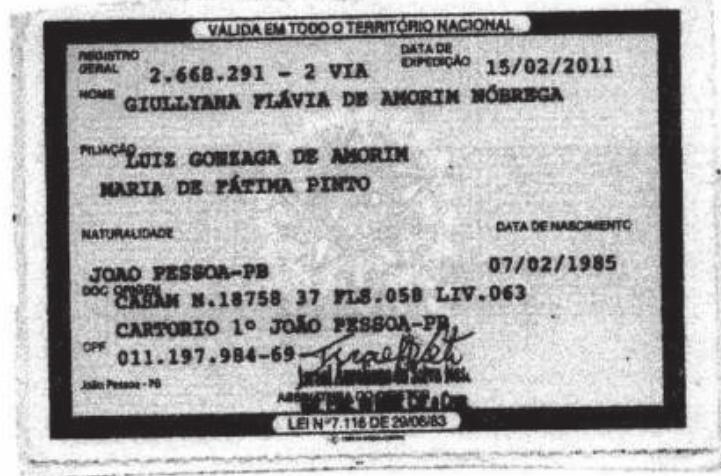
Assinatura e Carimbo do Médico





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/09/2020 10:40:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910405494800000032613051>
Número do documento: 20090910405494800000032613051

Num. 34095518 - Pág. 20



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190523646 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOAO RODRIGUES DA SILVA Data do acidente: 05/01/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA Perna ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.P2/7
ALTA MÉDICA.P3

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190523646 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOAO RODRIGUES DA SILVA Data do acidente: 05/01/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA Perna ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: X SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/09/2020 10:40:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910405494800000032613051>
Número do documento: 20090910405494800000032613051

Num. 34095518 - Pág. 24

PROCURAÇÃO

Outorgante: JOÃO RODRIGUES DA SILVA, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão POLTECNICO, residente e domiciliado à Rua BENNADETE XAVIER BATISTA nº 81, bairro FUNCIONARIOS II, Município de JOÃO PESSOA, Estado de(o) PARAÍBA, Cep.: 58079-738, portador(a) do Rg nº 1339754, SSP/PB e CPF nº 753.327.524-15.

OUTORGADOS: Giullyana Flávia de Amorim, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 13629, portadora do CPF/nº 011197984/69 e Enéas Flávio Soares de Moraes Segundo, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14318, portador do CPF/nº 05631026406, com endereço profissional na Praça Venâncio Neiva, nº 21, CEP 58300-800, Centro de Santa Rita. Telefone: (83) 3032-1329.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) JOÃO RODRIGUES DA SILVA, ocorrido em 02.10.2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza invalidez.

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



CARTÓRIO CELEIDA

1º SERVIÇO NOTARIAL DISTRITAL

COMARCA DA CAPITAL

RUA JOSÉ LINO KRETSCHER, 589 - ERNESTO GESSEL - CEP 58075-400 - JOÃO PESSOA - PARÁBA - TELEFAX: (83) 3211-4018
Reconheço Por Autenticidade a firma de JOÃO RODRIGUES DA SILVA, [83075], J.Fessa-PB, 20/05/2019 16:17:44 Emol R\$9,91 Farpen:R\$0,29 Fepi:R\$1,96, ISS:R\$0,50. Em test da verdade. Tabelia CELEIDA, SUELIO MOREIRA SILVA. Selo Digital AIP28232-H78C Consulta em <https://selodigital.tjpb.jus.br> sselodigital.com.br

JOÃO PESSOA, 20, de MAIO, de 2019.

2019.

JOÃO RODRIGUES DA SILVA
Outorgante
CPF Nº 753.327.524-15



Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

COMPREV PREVIDÊNCIA

09 SET. 2019

PROTÓCOLO
JOÃO P



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0312201/19

Vítima: JOAO RODRIGUES DA SILVA

CPF: 753.327.524-15

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/01/2019

Titular do CPF: JOAO RODRIGUES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

JOAO RODRIGUES DA SILVA : 753.327.524-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/09/2019
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/09/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/09/2020 10:40:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910405494800000032613051>
Número do documento: 20090910405494800000032613051

Num. 34095518 - Pág. 26



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 3^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08095486620198152003

BRADESCO SEGUROS S.A, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JOAO RODRIGUES DA SAILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem respeitosamente, à presença de V. Exa., requerer que seja determinada a juntada do incluso processo administrativo pertinente ao processo em comento, bem como ratificar o pedido de improcedência da ação, haja vista o correto pagamento realizado em seara administrativa.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 4 de setembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/09/2020 10:40:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910405534200000032613052>
Número do documento: 20090910405534200000032613052

Num. 34095519 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/09/2020 10:40:55
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20090910405534200000032613052>
Número do documento: 20090910405534200000032613052

Num. 34095519 - Pág. 2