



Número: **0857004-18.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>DAVID DA SILVA BRITO (AUTOR)</b>	<b>ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)</b> <b>JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>BRADESCO SEGUROS S/A (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>
<b>TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
40870 563	19/03/2021 15:50	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
40870 568	19/03/2021 15:50	<a href="#"><u>2747886_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos
40870 569	19/03/2021 15:50	<a href="#"><u>2747886_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos

## ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/03/2021 15:50:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031915505194400000038921257>  
Número do documento: 21031915505194400000038921257

Num. 40870563 - Pág. 1



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB**

Processo n.º 08570041820198152001

**BRADESCO SEGUROS 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 **DAVID DA SILVA BRITO**, em trâmite perante este Duto 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:

**DO REQUERIMENTO DE DEPOIMENTO PESSOAL DA PARTE AUTORA**  
**DA AUSÊNCIA DE BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO**

Conforme dispõe o art. 343, CPC, caberá à parte interessada pugnar pela realização da prova de depoimento pessoal, quando não determinada de ofício pelo magistrado.

A Ré informa a necessidade de ser ouvida, pessoalmente, a parte autora sobre os fatos narrados na inicial, bem como toda documentação juntada aos autos, em especial diante da ausência do boletim de atendimento médico.

Ressalta-se a importância da juntada dos documentos médicos já que é através deles que se confirmará a existência das lesões sofridas pela vítima, de modo que sua ausência impossibilita a apuração do nexo de causalidade.

Portanto, para que não paire qualquer dúvida sobre a veracidade dos fatos narrados na exordial, bem como autenticidade do Boletim de Ocorrência apresentado aos autos, a Ré pugna a este d. Juízo que seja expedido ofício ao Hospital onde foi prestado o primeiro atendimento, a fim de que sejam prestados os devidos esclarecimentos pelos responsáveis, sem prejuízo do colhimento do depoimento pessoal da autora.

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/03/2021 15:50:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031915505252700000038921262>  
Número do documento: 21031915505252700000038921262

Num. 40870568 - Pág. 1

o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Friza-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscientos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelênciia, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 17 de março de 2021.

**JOÃO BARBOSA  
OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES  
15477 - OAB/PB**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/03/2021 15:50:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031915505252700000038921262>  
Número do documento: 21031915505252700000038921262

Num. 40870568 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoraalider.com.br](http://www.seguradoraalider.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, 18 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190498527 Vítima: DAVID DA SILVA BRITO

Data do Acidente: 27/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

## **Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), DAVID DA SILVA BRITO**

Informamos que os pagamentos de

informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

## Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%  
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.687,50

Recebedor: DAVID DA SILVA BRITO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003348

Conta: 0000000602-8

Tipo: **CONTA POUPANCA**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

## Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você





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

**Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2019**

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190498527 Vítima: DAVID DA SILVA BRITO

**Data do Acidente:** 27/01/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), DAVID DA SILVA BRITO**

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° 14937470



222a 000067/000068 - carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/03/2021 15:50:53  
<http://pj.e.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103191550528970000038921263>  
Número do documento: 2103191550528970000038921263

Num. 40870569 Pág. 2



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	011.565.844-00	David da Silva Brito	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Profissão:	Endereço:	Cidade: Estado: CEP: Número: Complemento:
Recuso		R. Jorn. Roberto Carinho	santa Rita PB 58303-345 260
Bairro:			Tel. (DDRR): (83) 986634900
E-mail:			

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

### DADOS CADASTRAIS

### RENDIMENTO:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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 OPÇÃO DE CONTA

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 3348

CONTA: 00602

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

### 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

### 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: Vivos: Falecidos: 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 aqueles 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 295 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 26/08/19 Nome: CPF:	TESTEMUNHAS 1º   Nome: _____ CPF: _____
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 dizer à 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 - 19/03/2021 15:50:53  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031915505289700000038921263>  
Número do documento: 21031915505289700000038921263

Num. 40870569 - Pág. 4

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**  
Nº 09157.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09157.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:47 horas do dia 13 de agosto 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 Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **David da Silva Brito**, CPF nº 011.565.844-00, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Operador de Máquinas, filho(a) de Maria das Dores da Silva Brito e Armando Luiz de Brito, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 24/07/1979 (40 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jornalista Roberto Marinho, Nº 260, bairro Tibiri II, tendo como ponto de referência Próximo Ao Colégio Odilon Ribeiro Coutinho., na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98611-2467.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Av. Dom Pedro II, Após o Mercado Central., João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/01/19 18:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

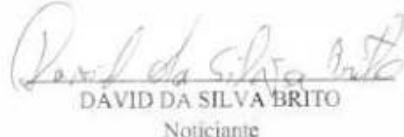
QUE, segundo o declarante no dia 27/01/2019 por volta das 18:00 horas quando transitava na garupa da moto, tipo HONDA/XRE ano/mod: 2017/2017, de cor verde de placa: QGH7356/PB CHASSI: 9C2MD4100HR020710 - pertencente e conduzida na ocasião pela Sra. Alexandra Ferreira portadora do CPF: 037.139.424-47-, pela Av. , Dom Pedro II; Que vinha na garupa da moto quando a motorista, a Sra. Alexandra foi trancada por um veículo não identificado/que evadiu-se do local. Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido, pelo SAMU para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA e em seguida transferido para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, onde foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 0787/2019, FRATURA DE OLECRÂNIO DIREITO, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. FABIANA FERNANDES DE ARAÚJO CRM/PB 4516.

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, 13 de agosto de 2019.

  
CRISTIANO CRUZ CORDULA

Agente de Investigação

  
DAVID DA SILVA BRITO

Noticiante



Procedimento Policial: 09157.01.2019.1.00.401

1/1





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	011.565.844-00	David da Silva Brito	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Profissão:	Endereço:	Cidade: Estado: CEP: Número: Complemento:
Recuso		R. Jorn. Roberto Carinho	santa Rita PB 58303-345 260
Bairro:			Tel. (DDRR): (83) 986634900
E-mail:			

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

### DADOS CADASTRAIS

### RENDIMENTO:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO 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 OPÇÃO DE CONTA

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 3348

CONTA: 00602

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

### 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 do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

### 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: Vivos: Falecidos: 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 aqueles 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 295 do Código Penal.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

26 AGO. 2019

Assinatura \_\_\_\_\_

PROTÓCOLO \_\_\_\_\_

JOÃO PESSOA \_\_\_\_\_

(\* ) 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 dizerem o que o interior 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 - 19/03/2021 15:50:53  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031915505289700000038921263>  
Número do documento: 21031915505289700000038921263

Num. 40870569 - Pág. 7

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: 200965 Atd: Nao Regu  
Data: 27/01/2019  
Hora: 20:24:09  
Recepçionista: EWERTON MORAIS DOS  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: DAVID DA SILVA BRITO  
CNS: 898050065613416 Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 987247978  
Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 24/07/1979 Id: 39 ano(s)

End.: RUA JORNALISTA ROBERTO MARINHO,269

Bairro: MUNICIPIOS Cidade: SANTA RITA UF :PB

Mae: MARIA DAS DORES DA SILVA BRITO Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SEM PROFISSAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: O MESMO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Pedencia: UNIDADE DE SAUDE HOSPITAL DE TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vicima de acidente por: COLISAO VEICULO X MOTO

Vicima de violência por: O MESMO NAO DEU MAIORES INFORMA; AOES

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

COMPREV

PA:

FR: COMPREV PREVIDENCIA S/A

Aparentemente Bem [ ] Grave

PC:

TP:

Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso:

Altura: 26 AGO. 2019

Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia:

IMC:

Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

Regular [ ] Chocado

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Vomito

Sintoma Principal

Observacao

ENTE ENCAMINHADO DO HETSHL CONFORME  
PACTUACAO

SIC: NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

\* PCF ESTADUAL B Abdominal 12º  
tumores com fundo excesso de oleo  
com massa de peso 6 horas 2º  
sintomas. Aclarar condutor 15 h. Chag  
massa. AI 16 horas E forte dor  
AO maxima AR 20.30 L Colog  
esse servico.  
Q Rx  
Q SAT + ATG feito no mesmo dia  
em anexo amarre

MISSAO  
ESTADUAL  
DE  
SAUDE  
DO  
PESO  
JOAO  
PESSOA

# 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: 11/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: DAVID DA SILVA BRITO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 000000000602-8

---

Nr. da Autenticação 1E48A5039C0088F6



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/03/2021 15:50:53  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031915505289700000038921263>  
Número do documento: 21031915505289700000038921263

Num. 40870569 - Pág. 9

ARMANDO LUIZ DE BRITO  
RUA DOURADINHA, 300 - BLOCO 01  
CEP 58020-000 - JOÃO PESSOA - PB

energisA  
Bairro: Centro Cidade: João Pessoa - PB CEP: 58010-180  
Endereço: Rua Douradinha, 300 - Centro - João Pessoa - PB  
Número: 300 - Bairro: Centro - Cidade: João Pessoa - PB  
CEP: 58010-180

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisA.com.br

Conta referente a Apresentação Data prevista da  
23/04/2019 23/04/2019 23/05/2019 CPF/ CNPJ/ RANI  
Abr / 2019

UC (Unidade Consumidora): 5/1377477-3

Canal de contato

Anterior*	Atual	Constante	Consumo	Dias
Demonstrativo				
200	200	48.12	161.88	187
2001	2001	48.12	161.88	187
2002	2002	48.12	161.88	187
2003	2003	48.12	161.88	187
2004	2004	48.12	161.88	187
2005	2005	48.12	161.88	187
2006	2006	48.12	161.88	187
2007	2007	48.12	161.88	187
2008	2008	48.12	161.88	187
2009	2009	48.12	161.88	187
2010	2010	48.12	161.88	187
2011	2011	48.12	161.88	187
2012	2012	48.12	161.88	187
2013	2013	48.12	161.88	187
2014	2014	48.12	161.88	187
2015	2015	48.12	161.88	187
2016	2016	48.12	161.88	187
2017	2017	48.12	161.88	187
2018	2018	48.12	161.88	187
2019	2019	48.12	161.88	187
2020	2020	48.12	161.88	187
2021	2021	48.12	161.88	187
2022	2022	48.12	161.88	187
2023	2023	48.12	161.88	187
2024	2024	48.12	161.88	187
2025	2025	48.12	161.88	187
2026	2026	48.12	161.88	187
2027	2027	48.12	161.88	187
2028	2028	48.12	161.88	187
2029	2029	48.12	161.88	187
2030	2030	48.12	161.88	187
2031	2031	48.12	161.88	187
2032	2032	48.12	161.88	187
2033	2033	48.12	161.88	187
2034	2034	48.12	161.88	187
2035	2035	48.12	161.88	187
2036	2036	48.12	161.88	187
2037	2037	48.12	161.88	187
2038	2038	48.12	161.88	187
2039	2039	48.12	161.88	187
2040	2040	48.12	161.88	187
2041	2041	48.12	161.88	187
2042	2042	48.12	161.88	187
2043	2043	48.12	161.88	187
2044	2044	48.12	161.88	187
2045	2045	48.12	161.88	187
2046	2046	48.12	161.88	187
2047	2047	48.12	161.88	187
2048	2048	48.12	161.88	187
2049	2049	48.12	161.88	187
2050	2050	48.12	161.88	187
2051	2051	48.12	161.88	187
2052	2052	48.12	161.88	187
2053	2053	48.12	161.88	187
2054	2054	48.12	161.88	187
2055	2055	48.12	161.88	187
2056	2056	48.12	161.88	187
2057	2057	48.12	161.88	187
2058	2058	48.12	161.88	187
2059	2059	48.12	161.88	187
2060	2060	48.12	161.88	187
2061	2061	48.12	161.88	187
2062	2062	48.12	161.88	187
2063	2063	48.12	161.88	187
2064	2064	48.12	161.88	187
2065	2065	48.12	161.88	187
2066	2066	48.12	161.88	187
2067	2067	48.12	161.88	187
2068	2068	48.12	161.88	187
2069	2069	48.12	161.88	187
2070	2070	48.12	161.88	187
2071	2071	48.12	161.88	187
2072	2072	48.12	161.88	187
2073	2073	48.12	161.88	187
2074	2074	48.12	161.88	187
2075	2075	48.12	161.88	187
2076	2076	48.12	161.88	187
2077	2077	48.12	161.88	187
2078	2078	48.12	161.88	187
2079	2079	48.12	161.88	187
2080	2080	48.12	161.88	187
2081	2081	48.12	161.88	187
2082	2082	48.12	161.88	187
2083	2083	48.12	161.88	187
2084	2084	48.12	161.88	187
2085	2085	48.12	161.88	187
2086	2086	48.12	161.88	187
2087	2087	48.12	161.88	187
2088	2088	48.12	161.88	187
2089	2089	48.12	161.88	187
2090	2090	48.12	161.88	187
2091	2091	48.12	161.88	187
2092	2092	48.12	161.88	187
2093	2093	48.12	161.88	187
2094	2094	48.12	161.88	187
2095	2095	48.12	161.88	187
2096	2096	48.12	161.88	187
2097	2097	48.12	161.88	187
2098	2098	48.12	161.88	187
2099	2099	48.12	161.88	187
2010	2010	48.12	161.88	187
2011	2011	48.12	161.88	187
2012	2012	48.12	161.88	187
2013	2013	48.12	161.88	187
2014	2014	48.12	161.88	187
2015	2015	48.12	161.88	187
2016	2016	48.12	161.88	187
2017	2017	48.12	161.88	187
2018	2018	48.12	161.88	187
2019	2019	48.12	161.88	187
2020	2020	48.12	161.88	187
2021	2021	48.12	161.88	187
2022	2022	48.12	161.88	187
2023	2023	48.12	161.88	187
2024	2024	48.12	161.88	187
2025	2025	48.12	161.88	187
2026	2026	48.12	161.88	187
2027	2027	48.12	161.88	187
2028	2028	48.12	161.88	187
2029	2029	48.12	161.88	187
2030	2030	48.12	161.88	187
2031	2031	48.12	161.88	187
2032	2032	48.12	161.88	187
2033	2033	48.12	161.88	187
2034	2034	48.12	161.88	187
2035	2035	48.12	161.88	187
2036	2036	48.12	161.88	187
2037	2037	48.12	161.88	187
2038	2038	48.12	161.88	187
2039	2039	48.12	161.88	187
2040	2040	48.12	161.88	187
2041	2041	48.12	161.88	187
2042	2042	48.12	161.88	187
2043	2043	48.12	161.88	187
2044	2044	48.12	161.88	187
2045	2045	48.12	161.88	187
2046	2046	48.12	161.88	187
2047	2047	48.12	161.88	187
2048	2048	48.12	161.88	187
2049	2049	48.12	161.88	187
2050	2050	48.12	161.88	187
2051	2051	48.12	161.88	187
2052	2052	48.12	161.88	187
2053	2053	48.12	161.88	187
2054	2054	48.12	161.88	187
2055	2055	48.12	161.88	187
2056	2056	48.12	161.88	187
2057	2057	48.12	161.88	187
2058	2058	48.12	161.88	187
2059	2059	48.12	161.88	187
2060	2060	48.12	161.88	187
2061	2061	48.12	161.88	187
2062	2062	48.12	161.88	187
2063	2063	48.12	161.88	187
2064	2064	48.12	161.88	187
2065	2065	48.12	161.88	187
2066	2066	48.12	161.88	187
2067	2067	48.12	161.88	187
2068	2068	48.12	161.88	187
2069	2069	48.12	161.88	187
2070	2070	48.12	161.88	187
2071	2071	48.12	161.88	187
2072	2072	48.12	161.88	187
2073	2073	48.12	161.88	187
2074	2074	48.12	161.88	187
2075	2075	48.12	161.88	187
2076	2076	48.12	161.88	187
2077	2077	48.12	161.88	187
2078	2078	48.12	161.88	187
2079	2079	48.12	161.88	187
2080	2080	48.12	161.88	187
2081	2081	48.12	161.88	187
2082	2082	48.12	161.88	187
2083	2083	48.12	161.88	187
2084	2084	48.12	161.88	187
2085	2085	48.12	161.88	187
2086	2086	48.12	161.88	187
2087	2087	48.12	161.88	187
2088	2088	48.12	161.88	187
2089	2089	48.12	161.88	187
2090	2090	48.12	161.88	187
2091	2091	48.12	161.88	187
2092	2092	48.12	161.88	187
2093	2093	48.12	161.88	187
2094	2094	48.12	161.88	187
2095	2095	48.12	161.88	187
2096	2096	48.12	161.88	187
2097	2097	48.12	161.88	187
2098	2098	48.12	161.88	187
2099	2099	48.12	161.88	187
2010	2010	48.12	161.88	187
2011	2011	48.12	161.88	187
2012	2012	48.12	161.88	187
2013	2013	48.12	161.88	187
2014	2014	48.12	161.88	187
2015	2015	48.12	161.88	187
2016	2016	48.12	161.88	187
2017	2017	48.12	161.88	187
2018	2018	48.12	161.88	187
2019	2019	48.12	161.88	187
2020	2020	48.12	161.88	187
2021	2021	48.12	161.88	187
2022	2022	48.12	161.88	187
2023	2023	48.12		

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda via de conta.

Recibo para simples pagamento da nota fiscal de energia elétrica N° 028.333.126



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-660  
CNPJ 39.095.163 / 0001-48 Insc Est. 18.015.822-6

## DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA DUARTE 157 SALA 08  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA  
JUL/2019

APRESENTAÇÃO  
19/07/2019

CONSUMO

168

VENCIMENTO

26/07/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 150,11

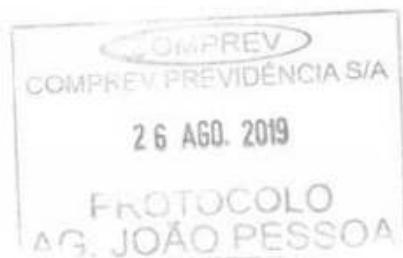
Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



CONTAS AQUI

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
Rotero: 12-005-292-0450  
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 24/07/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
26/07/2019	R\$ 150,11	1698358-2019-07-0





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

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

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1566 / 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 35

### 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 CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PERNAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

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

Darid da Silva Brito Inscrito (a) no CPF sob o nº 011.565.844-00.

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Darid da silva Brito.

Inscrito (a) no CPF sob o nº 011.565.844-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

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

Local e Data: João Pessoa - PB 26/08/19

Alexandria Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante



DLDRL.001 V001/2017

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Alexandra Silveira Ferreira

RG nº 2181465, data de expedição 06/01/19, Órgão SSPB,  
portador do CPF nº 037.139.424-47, com Domicílio na  
cidade de Santa Rita no Estado de Pernambuco, onde  
resido na (Rua/Avenida/Estrada) John Roberto Marinho,  
nº 260, complemento , declaro, sob as penas da Lei, que  
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente  
ocorrido com a vítima Daniel da Silva Britto  
cujo o condutor era Alexandra Silveira Ferreira.

Veículo: moto

Ano: 2017

Modelo: HONDA / XRE

Placa: AG-H-1356 / PB

Chassi: 9G2AD4J00HR020710

Data do acidente: 27-01-19

Local e data: Bayeux, 31-07-19

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

  
X Alexandra Silveira Ferreira

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do  
acidente) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status:

 Santiago Pereira  
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL

Av. Liberdade, 341 - Centro  
Poisalha - CEP 58010-000  
Fone: (83) 3224-4700



RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº 2019-007115

Reconhecido por autenticidade a firma de:

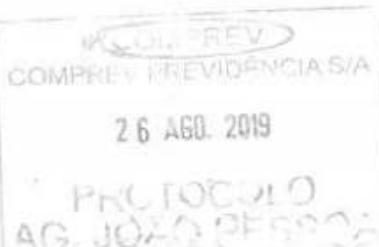
ALEXANDRA SILVA FERREIRA\*\*\*\*\*

\*\*\*\*\*  
Dai fôr, em testemunha da verdade, Bayeux - PB 31/07/2019 15:48:12  
EROL: R89.81 FEPJ: R81.98 FARPEN: R80.26 ISS: R80.58

SELO DIGITAL: RIY22793-Q3XN

Confirme a autenticidade no link: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Paulo Roberto Borges Santiago - Escrivente





## CERTIDÃO

Nº. 0787/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO 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 Ambulatorial Nº 200965 e prontuário 2019.01.003170 pertencentes a **DAVID DA SILVA BRITO** que foi atendido dia 27/01/2019 ás 20H24min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em cotovelo direito.

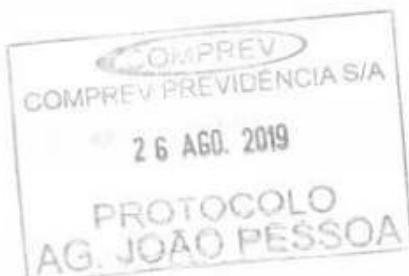
Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de olecrâneo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 06/02/2019 com alta médica dia 06/02/2019.

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

João Pessoa, 30 de maio de 2019

Dra. Fabiana Fernandes de Araújo  
CARDIOLOGIA  
CRM-PB 4516

Médica  
CRM/PB 4516





#### **CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA**

CONSELHORIOZ ENGENHEIROS  
ENGENHEIRO AV. ORESTES LISBOA, Sn. PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB. 58031090

2013-3755700

00000000000000000000000000000000

卷之三

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 29, No. 3, June 2004  
DOI 10.1215/03616878-29-3 © 2004 by The University of Chicago

DAVID DE SILVA BR

PACIENTE DAVID DA SILVA BRITO		BAE 1138843	Data/Hora Entrada 27/01/2019 16:34:18	Data/Baixa 2019-01-27 18:35:34.0
Data de Nascimento 24/07/1979	Idade 39a 6m 3d	Sexo Masculino	CNS 898050065613415	Telefone da Contato (83) 87247978
Mae MARIA JAS DORES DA SILVA BRITO				Prontuario 34223
Rua Joaquim Roberto Maninho, 260	Serio Municípios	Municipio SANTA RITA		UF PB
VÍCULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS		Nº Cons. Regional 9603/
Classificação 27/01/2019 18:34:18		Data/Hora Prescrição 27/01/2019 18:35:35		

Aparanese

MORTOPEDIA

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA NO COTOVELO DIREITO, COM FERIMENTO

EPITEMTO SANGRANTE NO COTOVELO DIREITO: DOR E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DO COTOVELO

NEUROVASCULAR NORMAL SEM OUTRAS ALTERACOES:

RX: FRATURA DO OLECRANO DIREITO.

CD... ENCAMINHAMENTO AO ORTOGRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO:  
ANESTESIA + TALA + SAT + ANTIBIOTICO.

2013-05 STEFERSON

210-0

Descrição
T14.0 Início sem o tipo especificado

Dados coletados anteriormente utilizar na impressão?

### - Conduita

### **Em observação**

20 Hospitalar

FRANCINELIO DE SOUSA FREITAS

**OBSTRAÇÃO:** PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM TRAUMA NO COTOVelo DIREITO, COM FERIMENTO SANGRANTE. EF.: FERIMENTO SANGRANTE NO COTOVelo DIREITO. DOR E LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO DO COTOVelo DIREITO. NEUROVASCULAR NORMAL. SEM OUTRAS ALTERAÇÕES. RX.: FRATURA DO OLECRANO DIREITO. CD.: ENCAMINHAMENTO AO ORTOPRÁTUMA DE MANGABEIRA CONFORME PACTUAÇÃO; ANALGÉSIA + TALA + SAT + ANTIBIÓTICO STAFF: DR STEFERSON

Acesso: 2020-01-27 16:34:20 - ANA CARLA FELICIANO DA SILVA

**Dr Francinélio Freitas**  
Médico CRM PB 9603  
~~MS 70304579057800~~  
**FRANCINÉLIO DE SOUSA FREITAS**  
(CRM: 9603)

DAVID DA SILVA BRITO

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/03/2021 15:50:53  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2103191550528970000038921263>  
Número do documento: 2103191550528970000038921263

Núm. 40870569 - Pág. 15

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banco 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: *Rx*Hipóteses Diagnósticas: *Excesso x Cloroarabesco*Conduta: *LNC + Enzemas e rastreamento*



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Suelio Moreira Torres</i>				Registro:	
Idade: <i>27</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>P</i>	Clinica: <i>Hospital Mangabeira</i>	EMP: <i></i>	LR: <i></i>
Data: <i>27/01/19</i>	Cirurgião: <i>Dr. Suelio Torres</i>			1º Assistente:	
2º Assistente: <i></i>	3º Assistente: <i></i>			Instrumentador:	
Anestesista: <i>João Pedro</i>	Tipo Anestesia: <i>General</i>			Horário: <i>11:00</i>	T: <i></i>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>- fe o exame p/ descrever</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>LNC</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico      1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input type="checkbox"/> ) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação:      1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim 2 ( <input type="checkbox"/> ) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( <input type="checkbox"/> ) Enfermaria 2( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3( <input type="checkbox"/> ) Residência 4 ( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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



## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- Pôs o MH 503 5 mm nas
- Drenagem, gesso PIP 5 mm
- Preparo do campo

Incisão: - Realizou o desgarrado x Raro

Achados: - Fx expurgo com os farrapos auto anexos  
- no interior com sequestro

Conduta: - Limpo as SF obstruídas  
- Sutura  
- Curativo  
- Enxada

### Fechamento:

OBS: Foi fechado na T-maior x lado M.

Data: 28/01/19

Thales Farias  
Médico  
CRM/PB 5799  
MEDICO/CRM

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





Nome: DAVID DA SILVA BRITO				Registro:
Idade: 39	Sexo: MASC	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:
Data: 06/ 02 / 2019		Cirurgião: <i>Thales COUCEIRO</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>		2º Assistente: <i>Alexandre Galvão</i>		
Anestesista: RIBAMAR		Instrumentador: MARIA DA LUZ		

#### DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO

*Fratura do Olecrâneo DIREITO*

#### DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO

*O mesmo*

#### PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)

*Osteossíntese do Cotovelo BANDA DE TENSÃO*

Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não

Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não

Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:

1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito  
Cirúrgico



MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Nº PIS/PASEP 127.26997.44-0

3595684

0050

PB

Daniel da Silva Brilho



COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

26 AGO. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/03/2021 15:50:53  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031915505289700000038921263>  
Número do documento: 21031915505289700000038921263

Num. 40870569 - Pág. 20

Q. CREDENCIAMENTO CIVIL BRASILEIRO

ALTERAÇÃO DA IDENTIDADE



DAVID DA SILVA BRITO

FILIAÇÃO.....: ARMANDO LUIS DE BRITO  
MARIA DAS DORES DA SILVA BRITO  
NASCIMENTO....: 24/07/1979 SEXO: MASCULINO  
ESTADO CIVIL...: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: SANTA RITA - PB  
DOCUMENTO....: C. I. 2225911 22/09/1995 SSP PB  
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995  
CPF.....: 011.565.844-00 CNH.....:  
TIT. ELEITOR: ..... SEÇÃO: ..... ZONA: .....

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/PB - 10/03/2016

*[Handwritten signature]*  
CARLOS EDSON DE MAREchalze LIMA  
Assessor Técnico de Documentação e Consulta Civil





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/03/2021 15:50:53  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031915505289700000038921263  
Número do documento: 21031915505289700000038921263

Num. 40870569 - Pág. 22

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190498527 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: DAVID DA SILVA BRITO Data do acidente: 27/01/2019 Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

Data da análise: 06/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OLECRANO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO: LAVAGEM MECÂNICO CIRÚRGICA/DEBRIDAMENTO/BANDA DE TENSÃO E ALTA MÉDICA P.01/02/03/04/06

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DE COTOVELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE COTOVELO DIREITO.

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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/03/2021 15:50:53  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031915505289700000038921263>  
Número do documento: 21031915505289700000038921263

Num. 40870569 - Pág. 23

PROCURAÇÃO

Outorgante DAVID DA SILVA BRITO, brasileiro(a), estado civil solteiro profissão oper. de máquinas residente e domiciliado à Rua Jorn. Roberto Marinho nº 260, bairro Tibau, Município de Santa Rita, Estado de(o) PB, Cep. 58303-345, portador(a) do RG nº 222 5911, SSP/ PB e CPF nº 011.565.844-00

Outorgado: Alexandre Cesar Duarte, brasileiro(a), residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal J. Costa Duarte nº 157, bairro Mamanguape, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep. 53056-389, portador (a) do RG nº 262 7718, SSP/ PB e CPF nº 046.502.754-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) David da Silva Brito, ocorrido em 27/05/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza invalidez.

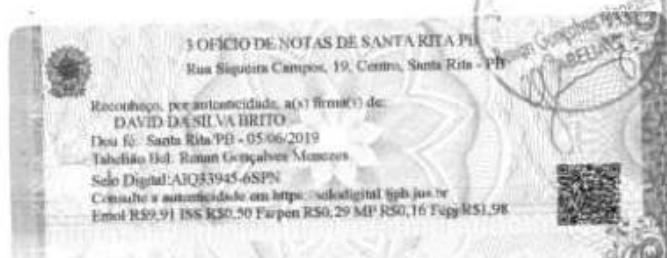
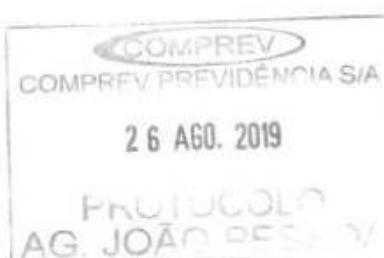
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim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

Santa Rita 05 de junho de 2019.

3º OFÍCIO

X David da Silva Brito  
Outorgante  
CPF Nº 011-565-844-00

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292986/19

**Vítima:** DAVID DA SILVA BRITO

**CPF:** 011.565.844-00

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 27/01/2019

**Titular do CPF:** DAVID DA SILVA BRITO

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação

#### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

#### DAVID DA SILVA BRITO : 011.565.844-00

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](http://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: 26/08/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/03/2021 15:50:53  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21031915505289700000038921263>  
Número do documento: 21031915505289700000038921263

Num. 40870569 - Pág. 25