



Número: **0800270-85.2020.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Mamanguape**

Última distribuição : **28/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ALISON OLIVEIRA DA SILVA (AUTOR)	ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34474 325	18/09/2020 10:29	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
34474 335	18/09/2020 10:29	<a href="#"><u>2748689_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos
34474 339	18/09/2020 10:29	<a href="#"><u>2748689_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 10:29:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810292254300000032965439>  
Número do documento: 20091810292254300000032965439

Num. 34474325 - Pág. 1



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, 05 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190517708      Vítima: ALISON OLIVEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 06/04/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALISON OLIVEIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 0191/01912 - carta\_03 - INVALIDEZ



00010956

Carta nº 14757146



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 10:29:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810292308100000032965448>  
Número do documento: 20091810292308100000032965448

Num. 34474335 - Pág. 1



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, 11 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190517708      Vítima: ALISON OLIVEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 06/04/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALISON OLIVEIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Autorização de pagamento</b>	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmado as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00087/00088 - carta\_03 - INVALIDEZ



00020044

Carta nº 14765652



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 10:29:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810292308100000032965448>  
Número do documento: 20091810292308100000032965448

Num. 34474335 - Pág. 2



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, 30 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190517708**      **Vítima: ALISON OLIVEIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 06/04/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), ALISON OLIVEIRA DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Documentação médica-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01/279/01280 - carta\_03 - INVALIDEZ



00050640

Carta nº 14823103



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 10:29:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810292308100000032965448>  
Número do documento: 20091810292308100000032965448

Num. 34474335 - Pág. 3



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, 05 de Setembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190517708**      **Vítima: ALISON OLIVEIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 06/04/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), ALISON OLIVEIRA 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01937/01938 - carta\_01 - INVALIDEZ



00350969

Carta nº 14920953



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 10:29:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810292308100000032965448>  
Número do documento: 20091810292308100000032965448

Num. 34474335 - Pág. 4



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, 05 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190517708**      **Vítima: ALISON OLIVEIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 06/04/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ALISON OLIVEIRA DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

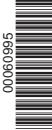
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01989/01990 - carta\_02 - INVALIDEZ



00060995

Carta nº 15062974



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 10:29:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810292308100000032965448>  
Número do documento: 20091810292308100000032965448

Num. 34474335 - Pág. 5



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, 19 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190517708** Vítima: ALISON OLIVEIRA DA SILVA

**Data do Acidente: 06/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

Senhor(a). ALISON OLIVEIRA DA SILVA

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

Multa: R\$ 0,00  
Juros: R\$ 0,00  
Total creditado: R\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **ALISON OLIVEIRA DA SILVA**

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000002009-5

Conta: 0000043388-8

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o

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

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:

Seguradora Eider-DFVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 10:29:23  
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810292308100000032965448>  
Número do documento: 20091810292308100000032965448

Num. 34474335 Pág. 6

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **0304542** CPF da vítima: **JJ7.JGG.J39.77** Nome completo da vítima: **Alison Oliveira de Souza**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012.

Nome completo: **Alison Oliveira de Souza**

Profissão: **Frentista** Endereço: **Setor Parque** CPF: **JJ7.JGG.J39.77**  
Bairro: **Almeida Braga** Cidade: **Umaranguape** Número: **Setor** Complemento: **—**  
E-mail: **—** Estado: **PB** CEP: **58280.000**  
Tel.(DDD): **83** Tel.(DDC): **993928028**

**DADOS CADASTRAIS**

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

**RENDA MENSAL:**

- RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  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)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bradesco**

AGÊNCIA: **00009** CONTA: **43399** (8)  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **00009** CONTA: **43399** (8)  
(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 atende 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 discorde 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: 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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Alison Oliveira de Souza** PB 05-09-2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_



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 testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0307542 CPF da vítima: 337.366.334.77 Nome completo da vítima: Alison Oliveira de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: Alison Oliveira de Souza

Profissão: Frentista CPF: 337.366.334.77  
Endereço: Sítio Parque Número: 541 Complemento:  
Bairro: Vila União Cidade: Umaranguape Estado: PB CEP: 58280.000  
E-mail: 133.99392.9028

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

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDIMENTO MENSAL:**

- RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  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)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:  Bradesco

AGÊNCIA:  CONTA:  43398  
(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 atende 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 discorde 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: 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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:  10-09-2019

Nome:

CPF:

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome:   
CPF:

2º | Nome:  10-09-2019  
CPF:

Assinatura:



Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Provedor (se houver)

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

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





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: 0304542 /J9 CPF da vítima: 337.366.339.77 Nome completo da vítima: Alison Oliveira de Souza  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Alison Oliveira de Souza  
Profissão: Frentista Endereço: Olívia Park  
Bairro: Vila União Cidade: Umarananguape Estado: PB  
E-mail: Alison.Park@gmail.com.br CPF: 337.366.339.77  
Número: 337 Complemento: -  
CEP: 58280-000 Tel.(DDD): 83993928028

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

### RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<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):  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

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

AGÊNCIA:

2009

CONTA:

43388

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
Local e Data: Juazeiro PB 24-09-2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS  
1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_



(\*) Assinatura de quem assina o RG

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 RGCC, 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.

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

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

Número do Sinistro: 3190517708  
Nome do(a) Examinado(a): Alison Oliveira da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Sit Pedra, S/N  
Area Rural Mamanguape PB CEP: 58280-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ MTE / PB ] 0647451  
Data local do acidente: [ 06/04/2019 ]  
Data local do exame: [ 08/11/2019 ] Joao Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA Perna DIREITA.**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO NA URGÊNCIA QUE DEPOIS FOI CONVERTIDA EM SÍNTSE INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS.**

**Complicações: HOUVE INFECÇÃO CRÔNICA COM OSTEOMIELITE SENDO NECESSÁRIO NOVO PROCEDIMENTO PARA RETIRADA DE MATERIAL DE SÍNTSE.**

**Data da Alta: 31/10/2019**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZES CIRÚRGICAS NA Perna DIREITA, HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA E Perna DIREITA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DE JOELHO E TORNOZELO DIREITO, DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR.**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim  Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim  Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DE JOELHO E TORNOZELO DIREITO E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

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

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

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Direito**

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

  
Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo  
CRM/PB - 4518

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 10:29:23  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810292308100000032965448  
Número do documento: 20091810292308100000032965448

Num. 34474335 - Pág. 10

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1<sup>ª</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

Nº 09750.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09750.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 11:28 horas do dia 26 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 Alison Oliveira da Silva, CPF nº 117.166.134-77, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Frentista, filho(a) de Luzia Barbosa Alves da Silva e Aluizio Alves da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 04/03/1997 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Pedra, N° S/N, tendo como ponto de referência Zona Rural., na cidade de Mamanguape/PB, telefone (s) para contato (83) 99168-4693.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Pb 057, Nas Proximidades da Entrada do Sítio Pedra., Mamanguape/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 06/04/19 09:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 2º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE, segundo o declarante no dia 06/04/2019 por volta das 09:00 horas quando transitava, pelo PB 057, próximo ao Hospital Geral do município de Mamanguape-PB, com o veículo tipo HONDA/POP 110I ano/mod: 2016/2017, de cor preta de placa: QFV4687/PB CHASSI: 9C2JB0100JR078512 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando foi abalroado por outra motocicleta, que precisou esquivar-se de outro carro/não identificado que adentrou a PB sem sinalizar, 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, de onde posteriormente foi transferido para ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, onde foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 1188/2019, FRATURA EXPOSTA DA Perna CID M16.0, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. FABIANA FERNANDES DE ARAÚJO CRM/PB

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, 26 de agosto de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA  
Agente de Investigação

ALISON OLIVEIRA DA SILVA  
Noticiante



Procedimento Policial: 09750.01.2019.1.00.401

1/1



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **0304542** CPF da vítima: **JJ7.JGG.J39.77** Nome completo da vítima: **Alison Oliveira de Souza**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012.

Nome completo: **Alison Oliveira de Souza**

Profissão: **Frentista** Endereço: **Setor Parque** CPF: **JJ7.JGG.J39.77**  
Bairro: **Almeida Braga** Cidade: **Umaranguape** Número: **Setor** Complemento: **—**  
E-mail: **—** Estado: **PB** CEP: **58280.000**  
Tel.(DDD): **83** Tel.(DDI): **993928028**

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

- RECUZO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  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)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Bradesco**

AGÊNCIA: **00009** CONTA: **43399** (8)  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **00009** CONTA: **43399** (8)  
(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 atende 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 discorde 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: 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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Alison Oliveira de Souza** PB 05-09-2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_



# BRADESCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: ALISON OLIVEIRA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02009-5

CONTA: 000000043388-8

---

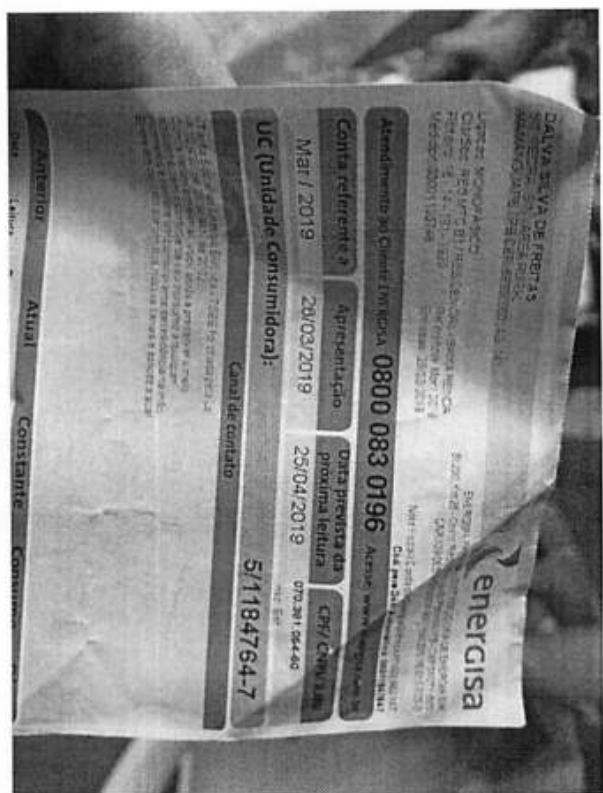
Nr. Autenticação

BRADESCO141120190500000000002370200900000043388472500 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 10:29:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810292308100000032965448>  
Número do documento: 20091810292308100000032965448

Num. 34474335 - Pág. 14



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 10:29:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810292308100000032965448>  
Número do documento: 20091810292308100000032965448

Num. 34474335 - Pág. 15

## CERTIDÃO

Nº. 1188/2019

Atendendo solicitação de ABRAÃO COSTA FLÔRENCIO DE CARVALHO 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 Nº219424 e Prontuário Nº 2019.04.0714 pertencentes ao paciente **ALISON OLIVEIRA DA SILVA** requerente que foi atendido dia 06/04/2019 às 21h14min, vítima de acidente de moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta dos ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 06/04/2019 e 24/04/2019, Com alta médica dia 25/04/2019.

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

João Pessoa, 23 de julho de 2019

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

Médica  
CRM/PB 4516



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: 219424 Atd: Nao Regul.  
Data: 06/04/2019  
Hora: 21:14:39  
Repcionista: DANIELE CAVALCANTE R.  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE  
Nome: ALISON OLIVEIRA DA SILVA  
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4061844 Fone: 993162338  
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 04/03/1997 Id: 22 ano(s)

End.: SITIO PEDRA,0  
Bairro: ZONA RURAL Cidade: MAMANGUAPE UF :PB  
Mae: LUZIA BARBOSA DE OLIVEIRA Pai: ALUIZIO ALVES DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação: FRENTISTA (POSTO DE GASOLINA) Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO

Resp.: ALISON OLIVEIRA DA SILVA  
Tel/Doc. Responsavel: 993162338 / IDENTIDADE: 4061844  
Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO  
Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave
FC:	TP:	[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao
Peso:	Altura:	[ ] Hemorragia [ ] Dispneia
Glicemias:	IMC:	[ ] Diarreia [ ] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[ ] Regular [ ] Chocado
Que é Principal		[ ] Vomito
FRAUDE EXPOSTA MID		Observacao
		ENCAMINHADO DO MEETS

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Par. evam. liso. de Kip. d.   
com evam. de c. d. de m. o. com.   
Vim a par.

Diagnosticos | Conduta

Par. evam. liso. de Kip. d.

Prescricao | Horario da medicacao

AD. Fazendo exst. d. par.

ao

Lauri F. G. Junior  
Ortopedia/traumatologia  
CRM-ES 167501-1993

ASSESSORIA  
05 SET. 2019



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

Residencia       Transferido       Desistencia       UTI        
 Alta a pedido       Enfermaria      Obito:  Atestado  SVO  IML

*Sueli Moreira Ribeiro de Souza*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





## **FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA**

Nome: <u>Anna De Souza da Silva</u>				Data da Admissão: <u>06/04/19</u>
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:	
Nome da Mãe:				
Endereço:		Bairro:		
Cidade:		Estado:	Fone:	Profissão:
Sexo: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Cor:	Estado Civil:		Religião:
Escolaridade:		Data de Nascimento <u>1/1/</u>		
QPD: <u>Defeituosa e Formada a Forma</u>				
HDA: <u>Reverte rima de acidente metem</u> <u>com a gravidez é de 1000g de um</u> <u>menino e no momento da data</u>				
Medicações em uso: _____				
				
Interrogatório Sintomatológico:				
<u>Geral:</u> <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso <u>Kg em SET. 2019</u> <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Ictericia <input type="checkbox"/> Micturias <input type="checkbox"/> Outros: _____				
<u>Pele:</u> _____				
<u>Cabeça e Pescoco:</u> <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <u>Audição: _____</u> <u>Visão: _____</u>				
<u>AR e ACV:</u> <input type="checkbox"/> Dor <u>Tosse</u> <input type="checkbox"/> Expectorção <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema <u>Outros: _____</u>				
<u>ABD:</u> <input type="checkbox"/> Dor <u>Pirose</u> <input type="checkbox"/> Soluço <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume				
<u>AGU:</u> <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____				
<u>SME:</u> <input type="checkbox"/> Dor <u>Rigidez pós-reposo</u> <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos				
<u>SN e PSQ:</u> <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnesia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor				

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



**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: \_\_\_\_\_

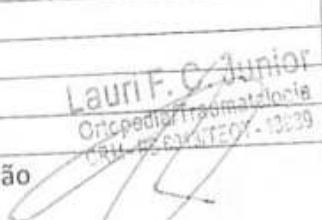
\_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_

Dr. Rafael A. Valente  
Cadastrado no CRM-PB  
CRM-PB: 12441/2011-1822



Nome: ALISSON OLIVEIRA DA SILVA				Registro:
Idade: 32a	Sexo: M	Cor:	Clínica: Ortopedia	EMP: LR:
Data: 06/04/2019		Cirurgião: DR LAURI		
1º Assistente: DR LAURI		2º Assistente: DR RAFAEL		
Anestesista : DR DELANO		Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				
FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNAS ESQ				
CID CID M16.0				
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				
O mesmo				
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				
CÓDIGO				
LMC +				
FIXADOR EXTRERNO				
+ CONTROLE DE DANOS				
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não Descreva: Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência Cirúrgico				
 ASSESSORIA Óbito durante o Ato 05 SET 2010				

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 10:29:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810292308100000032965448>  
Número do documento: 20091810292308100000032965448

Num. 34474335 - Pág. 21

**DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA****Posição e Preparo:**

*Paciente em DDH sob anestesia*

*Assepsia + Antissepsia*

*Aposição de campos cirúrgicos estéreis*

**Incisão:****Achados:**

**DEFORMIDADE E FERIMENTO EM Perna D COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA**

**Conduta:**

**DESBRIDAMENTO CIRURGICO DE FERIMENTO**

**LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9 % 10 L**

**REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO**

**USADO FLUOROSCOPIA**

**SUTURA DE FERIMENTO**

**Fechamento:**

**CURATIVO**

**OBS:**

**OBSERVAR PERFUSÃO**

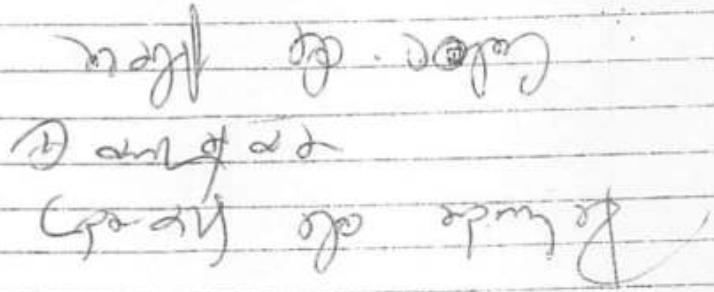
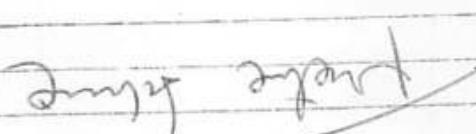
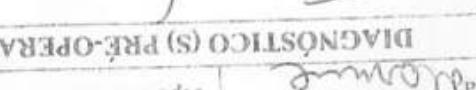
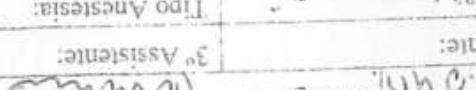
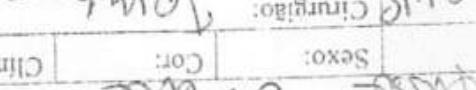
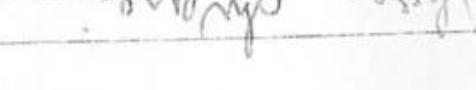
**Data:** \_\_\_\_\_



*Lauri F. C. Júnior*  
Ortopedista/Transtornos  
CRM-PB 63107507 - 13339

**MÉDICO/CRM**

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

		05 SET. 2019	
		Descrição:	Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 ( ) Não
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não		Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Outro durante o Ato Cirúrgico	
			
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b> CÓDIGO		<b>DIAGNÓSTICO (S) POS-OPERATÓRIO</b> CID	
			
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRE-OPERATÓRIO</b> CID		<b>DIAGNÓSTICO (S) PRE-OPERATÓRIO</b> CID	
			
Name: <i>Alcides</i> Register: <i>Alcides</i>	Idade: <i>41</i> Sexo: <i>Male</i> Cor: <i>White</i> Clínica: <i>Outra</i>	1º Assistente: <i>Outra</i> 2º Assistente: <i>Outra</i> Instrumentador: <i>Outra</i>	Anestesista: <i>Outra</i> Hora: <i>08:00</i> Anestesia: <i>Outra</i>
			

## RELATÓRIO DE CIRURGIA



CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE  
MANGABEIRA



### DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Prate e STH sol

Droga Anticoag

Incisão:

Anelio e Ibi site

Achados:

Celul de Corpos estériles

Abre a clp fundo e ativa

Conduta:

Reducir o anelio de  
frente blip ce plan

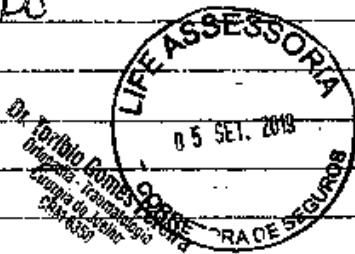
DCP 4,5mm

reduzir o plan

Fechamento:

Costura

OBS:



Data: 11/11/2019

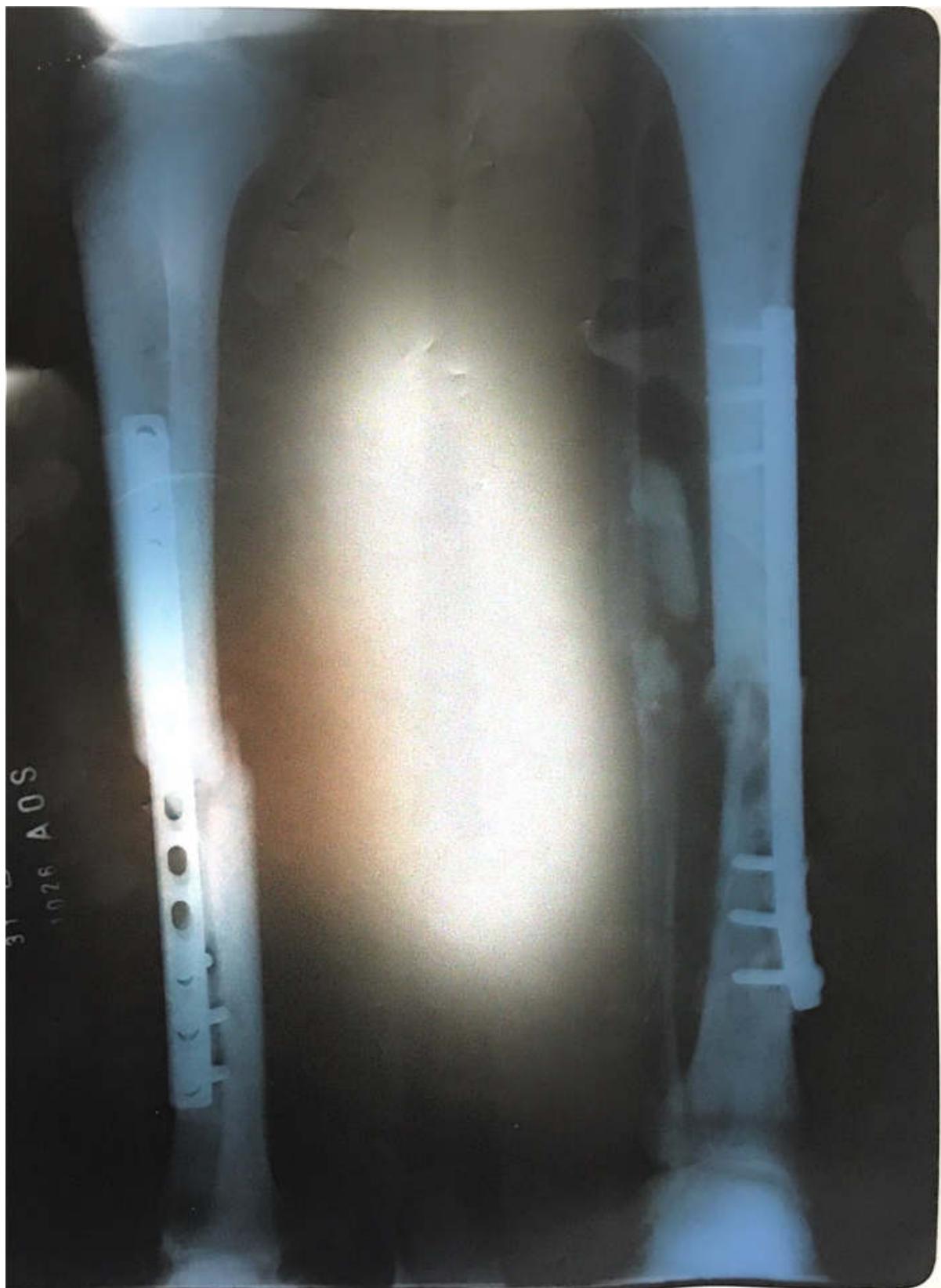
Suelio Moreira Torres

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-304, Mangabeira 11, João Pessoa - PB.



 <p>Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena</p>		 <p>GOVERNO DA PARAÍBA</p>	
<p><b>Receituário</b></p>			
<p>Paciente: ALISON OLIVEIRA DA SILVA Data: 06/04/2019 15:50:51</p>		<p>Paciente: ALISON OLIVEIRA DA SILVA Data: 06/04/2019 15:50:51</p>	
<p>Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1154326 Idade: 22</p>		<p>Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1154325 Idade: 22</p>	
<p><b>ENCAMINHAMENTO AO CHM</b></p>			
<p>#Ortopedia#</p>			
<p>&gt;&gt;Paciente vítima de acidente motociclistico apresentando dor e ferimento em perna direita. &gt;&gt;Ao exame físico ferimento extenso em perna direita com exposição osssea, pulso e perna direita distais presentes e normais. &gt;&gt;Radiografia evidenciando fratura de ossos da perna direita &gt;&gt;Passou pela avaliação da Neurocirurgia e Cirurgia Geral recebendo alta dessas especialidades</p>			
<p>HD: Fratura exposta de ossos da perna direita</p>			
<p>CD: Analgesia SAT Antibióticoterapia (Cefalotina 2g) Imobilização</p>			
<p>ENCAMINHADO AO CHM CONFORME PACTUAÇÃO</p>			
<p></p>			
<p>Dr. JOAO PAULO SOUTO CASADO 11598/PB</p>			
<p>HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090</p>			
<p>Dr. JOAO PAULO SOUTO CASADO 11598/PB</p>			
<p>HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090</p>			



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 10:29:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810292308100000032965448>  
Número do documento: 20091810292308100000032965448

Num. 34474335 - Pág. 26



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 10:29:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810292308100000032965448>  
Número do documento: 20091810292308100000032965448

Num. 34474335 - Pág. 27

PACIENTE: ALISON OLIVEIRA DA SILVA

NUMERO: 1026

SOLICITANTE Drº (a):

DATA: 31/07/2019

RG: SSP/PB

ID: 22 ANOS

CPF: 117.166.134.77

**RADIOGRAFIA DA Perna DIREITO EM AP PERFIL**

Estruturas ósseas conservadas.

Partes moles sem alterações.

Ausência de fraturas.

Espaços articulares mantidos.

Controle radiográfico pós fixação ortopédico com placas e parafusos da tibia.

Fratura antiga na diáfise tibial e fibula.

**INTERCLIM**

DR. LEONARDO FRANCO FELIPE

Radiologista e Diagnóstico por Imagem

CRM – PB 5263

NOTA: As informações contidas neste resultado representam a impressão diagnóstica através da interpretação realizada pelo médico radiologista do exame atual. Este laudo não deve ser considerado como absoluto e definitivo, já que as patologias são evolutivas e a identificação das mesmas pode se modificar de acordo com a história natural da doença ou investigação mais profunda e as limitações do método.

*Sempre cuidando de você!*

Clinica de Fisioterapia, Especialidades Médicas e Terapias Afins.

Rua Dom Vital, 127 - Centro - Mamanguape/PB

Fone/Fax: (83) 3292-2900 / 3292-2659 - E-mail: inter-clin@hotmail.com

Site:www.interclim.com.br Face:interclimmmamanguape

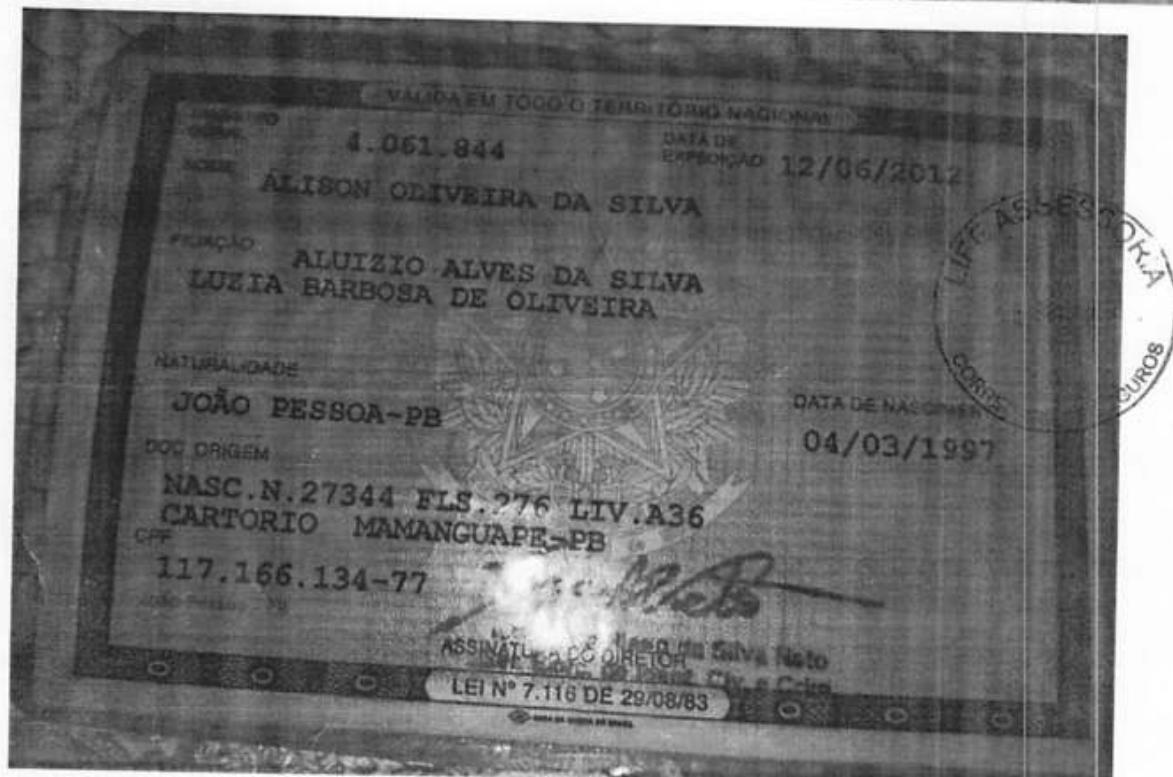


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 10:29:23

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810292308100000032965448>

Número do documento: 20091810292308100000032965448

Num. 34474335 - Pág. 28



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 10:29:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810292308100000032965448>  
Número do documento: 20091810292308100000032965448

Num. 34474335 - Pág. 29

26/08/2019

Emissão Boletos Licenciamento

 DETRAN-PB Departamento Estadual de  
Transito da Paraíba

DEMONSTRATIVO DOS PAGAMENTOS

Usuário

Nome: ALISON OLIVEIRA DA SILVA		CPF/CNPJ 11716613477		Nosso Número 0	
Placa QSE0760	Chassi 9C2JB0100JR078512	Código Renavan 1171309233	Data Vencimento 31/08/2019	Data Emissão 26/08/2019 05:45:38	Valor Documento 258,74

Discriminação dos Débitos:

LICENCIAMENTO 2019

151,44

BOMBEIRO 2019

22,72

SEG.OBRIGATÓRIO 2019

84,58

Multas:

Na Estrada da vida, não de carona para a dengue nem para a zika.

26/08/2019 05:45:38



200.164.109.3:8080/BBOT\_LICENCIAMENTO\_2017/consulta?placaMask=qse-0760&display=web&pessoa=fisica&cpfMask=117.166.134-77&ano=2019&andic... 1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 10:29:23

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810292308100000032965448>

Número do documento: 20091810292308100000032965448

Num. 34474335 - Pág. 30



## IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Judson Oliveira C.G. Silva  
 DATA DO ACIDENTE 06.04.2019 CPF DA VÍTIMA 317.066.339-77  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (S) VÍTIMA  REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTEESCO COM  
 A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR 5560 Peché  
 N° 511 COMPLEMENTO - BAIRRO Área Rural  
 CIDADE Monteiro UF PB CEP 58280-000  
 E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE (83) 9442800

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 (S) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DE ALTA DEFINITIVA.

BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)  
 ( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
 ( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)  
 ( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CóPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO  
 \* Morte = R\$ 13.500,00  
 \* Invalidez Permanente = Até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das lesões e de acordo com tabela de seguro prevista na Lei 6.194/74.

DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.000,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

PARA ACOMPANHAR O PÉDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [www.dpvatsegurotransito.com.br](http://www.dpvatsegurotransito.com.br) OU LIGUE GRATIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURO

DATA 05-09-2019DATA 05 SET. 2019IDENTIDADE 4.06.94NOME Adriano O. da Silva

ASSINATURA

ASSINATURA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190517708      **Cidade:** Mamanguape      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALISON OLIVEIRA DA SILVA      **Data do acidente:** 06/04/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA Perna DIREITA.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZES CIRÚRGICAS NA Perna DIREITA, HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA E Perna DIREITA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DE JOELHO E TORNOZELO DIREITO, DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR.

**Resultados terapêuticos:** HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM TEVE INFECÇÃO QUE FOI TRATADA COM RETIRADA DE MATERIAL, LIMPEZA CIRÚRGICA, RESULTOU EM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, HIPOTROFIA MUSCULAR DA COXA E Perna DIREITA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DE JOELHO E TORNOZELO DIREITO, DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 08/11/2019

**Conduta mantida:**

**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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0307542/19

**Número do Sinistro:** 3190517708

**Vítima:** ALISON OLIVEIRA DA SILVA

**CPF:** 117.166.134-77

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 06/04/2019

**Titular do CPF:** ALISON OLIVEIRA DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

**ALISON OLIVEIRA DA SILVA : 117.166.134-77**

Autorização de pagamento

### 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: 10/09/2019  
Nome: ALISON OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 117.166.134-77

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

ALISON OLIVEIRA DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 10:29:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810292308100000032965448>  
Número do documento: 20091810292308100000032965448

Num. 34474335 - Pág. 33

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0307542/19

**Número do Sinistro:** 3190517708

**Vítima:** ALISON OLIVEIRA DA SILVA

**CPF:** 117.166.134-77

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 06/04/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ALISON OLIVEIRA DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/10/2019  
Nome: ALISON OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 117.166.134-77

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2019  
Nome: VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA  
CPF: 068.954.516-92

ALISON OLIVEIRA DA SILVA

VILMA OLIVEIRA NUNE SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 10:29:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810292308100000032965448>  
Número do documento: 20091810292308100000032965448

Num. 34474335 - Pág. 34

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0307542/19

**Número do Sinistro:** 3190517708

**Vítima:** ALISON OLIVEIRA DA SILVA

**CPF:** 117.166.134-77

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 06/04/2019

**Titular do CPF:** ALISON OLIVEIRA DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

**ALISON OLIVEIRA DA SILVA : 117.166.134-77**

Autorização de pagamento

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/09/2019  
Nome: ALISON OLIVEIRA DA SILVA  
CPF: 117.166.134-77

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

ALISON OLIVEIRA DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 10:29:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810292308100000032965448>  
Número do documento: 20091810292308100000032965448

Num. 34474335 - Pág. 35



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE MAMANGUAPE/PB**

**Processo: 08002708520208150231**

**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 **ALISON OLIVEIRA DA SILVA**, 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,

MAMANGUAPE, 16 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/09/2020 10:29:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810292340200000032965452>  
Número do documento: 20091810292340200000032965452

Num. 34474339 - Pág. 1

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 - 18/09/2020 10:29:23  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091810292340200000032965452>  
Número do documento: 20091810292340200000032965452

Num. 34474339 - Pág. 2