



Número: **0854499-54.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **11/09/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE DANTAS SOBRINHO (AUTOR)	JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34416 867	17/09/2020 09:56	<a href="#"><u>2750489_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



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, 07 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190366363**      **Vítima: JOSE DANTAS SOBRINHO**

**Data do Acidente: 11/09/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

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

**Senhor(a), JOSE DANTAS SOBRINHO**

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-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14423802

Pag. 00125/00126 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020063



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/09/2020 09:56:48  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091709564829900000032912277>  
Número do documento: 20091709564829900000032912277

Num. 34416867 - 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, 07 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190366363

Vítima: JOSE DANTAS SOBRINHO

Data do Acidente: 11/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

Senhor(a), JOSE DANTAS SOBRINHO

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

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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.

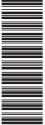
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00247/00248 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14424273



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/09/2020 09:56:48  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091709564829900000032912277>  
Número do documento: 20091709564829900000032912277

Num. 34416867 - 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, 24 de Junho de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190366363

Vítima: JOSE DANTAS SOBRINHO

Data do Acidente: 11/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

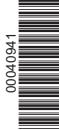
Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01881/01882 - carta\_02 - INVALIDEZ



00040941

Carta nº 14481901



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/09/2020 09:56:48  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091709564829900000032912277>  
Número do documento: 20091709564829900000032912277

Num. 34416867 - 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, 12 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190366363**      **Vítima: JOSE DANTAS SOBRINHO**

**Data do Acidente: 11/09/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE DANTAS SOBRINHO**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 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: JOSE DANTAS SOBRINHO**

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

**Banco: 104**

**Agência: 000000762**

**Conta: 0000050768-2**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**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-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 07250136452 4 - Nome completo da vítima: José Dantas Sobrinho

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

5 - Nome completo: José Dantas Sobrinho 6 - CPF: 07250136452  
 7 - Profissão: Desempregado 8 - Endereço: Rua Valentim  
 11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Baicara 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58252-000  
 15 - E-mail: (83) 986634900 16 - Tel. (DDO):

### DADOS CADASTRAIS

#### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

#### 20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

#### 21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0762

CONTA: 000.50768-2

(Informar o dígito se existir)

(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.

#### 22 - 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 as 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 discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar  Sim  Não 30 - Vítima deixou  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar  Sim  Não 33 - Vítima deixou  Sim  Não  
 teve filhos?  Vivos: Falecidos: nascturo (viver)  Vivos: Falecidos: irmãos?  Vivos: Falecidos: pais/avós (viver)  Vivos: Falecidos:  Não  Não  Não  Não  Não  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.

### NÃO ALFABETIZADO

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data:

*José Dantas Sobrinho - PB 06/06/2019*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

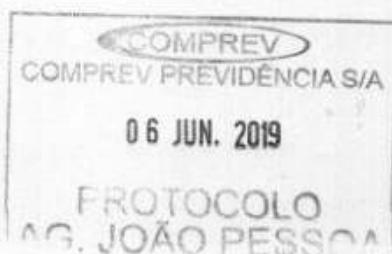
43 - Assinatura do Procurador (se houver)



116 641519069 6  
 26/ABR/2012 HORA DE: 09:19:58  
 101 - 13.0143/9-4 TÉRM: 043606  
 LOCAL IDADE: CALCARA  
 AD, VENCULADA: 0842  
 SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA  
 0762,0000000768-2  
 NOME: JOSÉ DANTAS LORRINHO  
 RELÓGIOS REALIZADOS A PARTIR DE: 04/05/2012  
 SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA  
 DIA LIMITE SALDO  
 10/04  
 26/04  
 RESUMO EM: 25/04  
 SALDO  
 RESUMO DO DIA  
 SALDO PRÓXIMO DIA  
 SALDO PESQUISADO  
 SALDO TOTAL

116 (4) 1997

14-316





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel (DDP):

(83) 986634900

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

REUSO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0762

CONTA: 000.50768 2

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Líder 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.

### 22 - 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 Líder 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

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim  Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não

29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?

Vivos:

30 - Vítima deixou nascituro (mortalco)?

Sim  Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim  Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim  Não

33 - Vítima deixou filhos:

Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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 obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina o rogo/a pedido:

38 - 1º | Nome:

PROTOCOLO  
AO JOÃO PESSOA

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina o rogo/a pedido:

39 - 2º | Nome:

Assinatura da testemunha

CPF:

37 - (\*) Assinatura de quem assina o rogo/a pedido

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 06/06/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



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

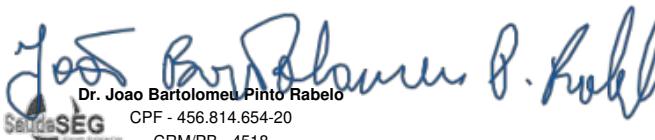
**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190366363  
Nome do(a) Examinado(a): Jose Dantas Sobrinho  
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Valentim, S/N  
Area Rural Lagoa de Dentro PB CEP: 58250-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PB ] 599108  
Data local do acidente: [ 11/09/2018 ]  
Data local do exame: [ 01/07/2019 ] 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 DA TÍBIA DIREITA.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍTESE COM FIXADOR EXTERNO, QUE DEPOIS FOI RETIRADO E COLOCACAO DE IMOBILIZAÇÃO GESSADA PARA CONCLUSÃO DO TRATAMENTO.**  
**Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO**  
**Data da Alta: 08/02/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, HIPOTROFIA MUSCULAR DA PERNAS DIREITA, CICATRIZ CIRÚRGICA NA PERNAS, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO E TORNOZELA DIREITO, DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.**
- 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 DO JOELHO E TORNOZELA DIREITO, 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 (\*).
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> "Vítima em tratamento"<br>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias | <input type="checkbox"/> "Sem sequela permanente"<br>(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):<br><b>MEMBRO INFERIOR - Lado Direito</b><br>% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve<br><input checked="" type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve<br><input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo |
|--|--|
- |  |  |
|--|--|
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve<br><input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: <input type="checkbox"/> 10% residual <input type="checkbox"/> 25% leve<br><input type="checkbox"/> 50% médio <input type="checkbox"/> 75% intensa <input type="checkbox"/> 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 - 17/09/2020 09:56:48  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091709564829900000032912277  
Número do documento: 20091709564829900000032912277

Num. 34416867 - Pág. 8

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



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**

**GOVERNO  
DA PARAÍBA**  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 05668.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05668.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:16 horas do dia 24 de maio de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Jose Dantas Sobrinho**, CPF nº 072.501.164-52, nacionalidade brasileira, estado civil desquitado(a), identidade de gênero masculino, profissão Aposentado, filho(a) de Josefa Xavier da Silva e Jose Dantas, natural de São José do Campestre/RN, nascido(a) em 20/09/1944 (74 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Centro, na cidade de Tacima/PB, telefone(s) para contato (83) 99385-2764.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rodovia Pb 073, Pb 073, Tacima/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/09/18 12:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

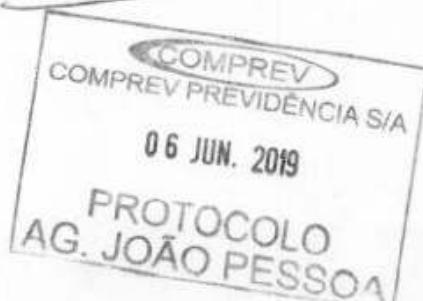
QUE NO DIA 11/09/2018, POR VOLTA DAS 12:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR PRETA, ANO 2013/14, PLACA OGA-1699/PB, CHASSI 9C2KC1680ER417641, REGISTRADA EM NOME DE STEPHANI VIEIRA DA SILVA, NA RODOVIA PB 073, ALTURA DA CIDADE DE TACIMA/PB, QUANDO FOI TRANCADO POR UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO, BATEU, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E CAIU; QUE SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E ENCAMINHADO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA EXPOSTA DE Perna ESQUERDA, CONFORME CERTIDÃO 0218/2019 ASSINADA PELA MEDICA SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA.

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, 24 de maio de 2019.

JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

JOSE DANTAS SOBRINHO  
Noticiante



Procedimento Policial: 05668.01.2019.1.00.401

1/1



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

07250136452

4 - Nome completo da vítima:

José Dantas Sobrinho

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

5 - Nome completo:

José Dantas Sobrinho  
Aposentado Sit. Valentim  
Zona Rural

6 - CPF: 07250136452

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

(83) 986634900

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0762

CONTA: 000.507682

(Informar o dígito se existir)

(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 Líder 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.

### 22 - 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 as custas da Seguradora Líder 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 discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

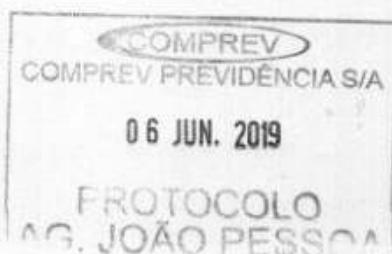
Sim

Não

116 641519069 6  
 26/ABR/2019 HORA DE: 09:19:58  
 101 - 13.0143/9-4 TÉRM: 043606  
 LOCAL/IDANE: CACARA  
 AD: VINCULADA: 0842  
 SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA  
 0762,0000000768-2  
 DIA: 25/3 BANCO: 0000100  
 DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE: 04/05/2012  
 SEM AS MOVIMENTACOES DO DIA  
 DIA LIMITE SALDO  
 10/04  
 26/04  
 RESUMO EM: 25/04  
 SALDO  
 RESUMO DO DIA  
 SALDO PREGUEADO  
 SALDO DESPENDEU  
 SALDO TOTAL

116 (4) 1997

14-316



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: 162476 P.d: Nao Regul  
Data: 11/09/2018   
Hora: 20:19:46  
Repcionista: GABRIELA DA COSTA SE  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOSE DANTAS SOBRINHO

Num. Prontuario: 2018.09.001521

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 0

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 20/11/1944 Id: 73 ano(s)

End.: NAO INFORMADO,00

Bairro: CENTRO Cidade: TACIMA UF :PB

Mae: JOSEFA XAVIER DA SILVA

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOSE DANTAS SOBRINHO

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Ti. deporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA: FR:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A

06 JUN. 2019

PROTOCOLO

FC: TP:

CONDIÇOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Peso: Altura:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

Glicemias: IMC:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Circ. Abd: O2%:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Queixa Principal

[ ] Diarreia [ ] Agitado

ERATURA EXPOSTA DE MID

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdel	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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



# 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: 05/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

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

CLIENTE: JOSE DANTAS SOBRINHO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00762

CONTA: 000000050768-2

---

Nr. da Autenticação EA6CCF314C50BC2B



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/09/2020 09:56:48  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091709564829900000032912277>  
Número do documento: 20091709564829900000032912277

Num. 34416867 - Pág. 14

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-vista de conta.

Recomendação para simples pagamento da conta fiscalizada da energisa elétrica: N° 023.711.731



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 235, Km 25 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58071-000  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-6

## DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 06  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

**5/1698358-7**

REFERÊNCIA  
**ABR/2019**

APRESENTAÇÃO  
**18/04/2019**

CONSUMO

**208**

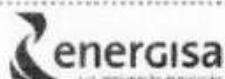
VENCIMENTO

**26/04/2019**

TOTAL A PAGAR

**R\$ 182,90**

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



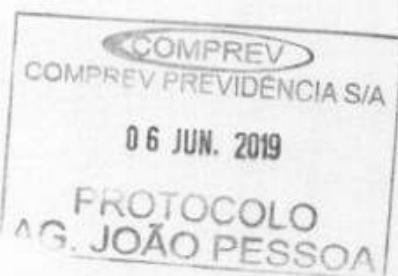
Detalhe Aqui

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Roteiro: 12-005-292-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 07/05/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
26/04/2019	R\$ 182,90	1698358-2019-04-7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/09/2020 09:56:48

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091709564829900000032912277>

Número do documento: 20091709564829900000032912277

Num. 34416867 - Pág. 15

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-vista de conta.

Recomenda simples pagamento da nota fiscal/carta de energia elétrica - N° 023.711.731



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 235, Km 25 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58071-000  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-6

## DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 06  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

**5/1698358-7**

REFERÊNCIA  
**ABR/2019**

APRESENTAÇÃO  
**18/04/2019**

CONSUMO

**208**

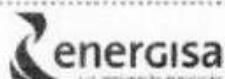
VENCIMENTO

**26/04/2019**

TOTAL A PAGAR

**R\$ 182,90**

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



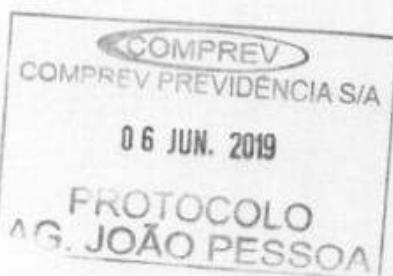
Detalhe Aqui

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Roteiro: 12-005-292-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 07/05/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
26/04/2019	R\$ 182,90	1698358-2019-04-7



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/09/2020 09:56:48

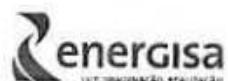
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091709564829900000032912277>

Número do documento: 20091709564829900000032912277

Num. 34416867 - Pág. 16

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda-via de conta.  
Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - N° 025.420.434



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.915.823-0

## DADOS DO CLIENTE

JOSE DANTAS FILHO  
SIT VALENTIM S/N  
CAICARA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1894764-8

REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2019	23/05/2019	178	30/05/2019	R\$ 116,19

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 01950.924173 4 79050000011619

Pagador: JOSE DANTAS FILHO CNPJ/CPF: 102.975.354-71

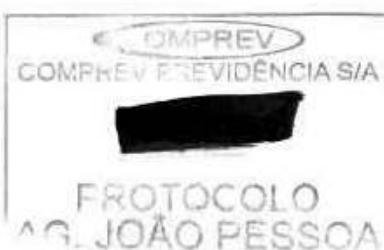
SIT VALENTIM S/N - AREA RURAL - CAICARA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120001950924	001894764201905	30/05/2019	R\$ 116,19	

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

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/09/2020 09:56:48  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091709564829900000032912277>  
Número do documento: 20091709564829900000032912277

Num. 34416867 - Pág. 17



## 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 a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / 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 da 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 PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte

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

José Dantas Sobrinho inscrito (a) no CPF sob o Nº 072501564-52  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima José Dantas Sobrinho

inscrito (a) no CPF sob o Nº 072501564-52, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante da 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:
Barro:	<u>Flangabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u> CEP: <u>58056-384</u>
E-mail:	<u>(83) 98663-4900</u>			

Local e Data: João Pessoa - PB 06/06/19

Alexandra Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 JUN. 2019

**FOTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

DLDRL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/09/2020 09:56:48  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091709564829900000032912277>  
Número do documento: 20091709564829900000032912277

Num. 34416867 - Pág. 18

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Stephanie Vieira da Silva,

RG nº 3.613.350-2 via data de expedição 20/10/2016.

Órgão SSPB, portador do CPF nº 066.996.064-09, com domicílio na cidade de Cruz do Espírito Santo, no Estado de Paraíba. PB., onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Assentamento Nova Helvina, nº 3/N.

complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Jose Dambras Sobrinho cujo o condutor era Jose Dambras Sobrinho.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA CG 150 FAN ESDI

Ano: 2013/2014

Placa: OGA 3699

Chassi: 9C2KC1680ER417641

Data do Acidente: 15-09-18

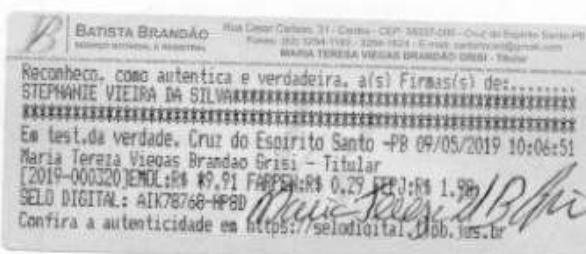
Local e Data: Cruz do Espírito Santo, 09-05-19



Stephanie Vieira da Silva

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

06 JUN. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





## CERTIDÃO

Nº. 0218/2019

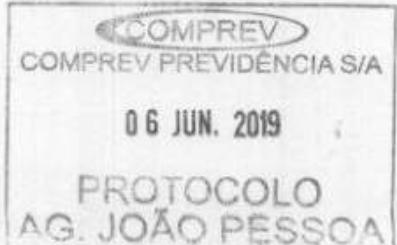
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº162476 e prontuário de Nº2018.09.001521 pertencentes a **JOSÉ DANTAS SOBRINHO** que foi atendido dia 11/09/2018 às 20H19min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dias 11/09 e 30/10/2018 com alta médica dia 08/11/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 25 de Março de 2019

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

10/09/18

**Nome:** Toré Dartos **Data da Admissão:** \_\_\_\_\_  
**Prontuário:** \_\_\_\_\_ **Idade:** \_\_\_\_\_ **Enfermaria:** \_\_\_\_\_ **Leito:** \_\_\_\_\_  
**Nome da Mãe:** \_\_\_\_\_  
**Endereço:** \_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_  
**Cidade:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Fone:** \_\_\_\_\_ **Profissão:** \_\_\_\_\_  
**Sexo:** F ( ) M ( ) **Cor:** \_\_\_\_\_ **Estado Civil:** \_\_\_\_\_ **Religião:** \_\_\_\_\_  
**-colaridade:** \_\_\_\_\_ **Data de Nascimento:** \_\_\_\_\_  
**QPD:** Terimento Rua Perna (E)

**HDA:**  
Face Vizinha de brinquedo grande  
em Perna (E) . Apresenta distor-  
nicação e formiga em cintura  
e Perna (E)

**Medicações em uso:** \_\_\_\_\_

### **Interrogatório Sintomatológico:**

**Geral:** Febre Astenia Anorexia Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ Prurido Sudorese  
Calafrios Alopecia Adenomegalias Icterícia Tonturas Outros: \_\_\_\_\_

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

**Cabeça e PESCOÇO:** Cefaléia Espirros Rinorréia Obstrução Nasal Epistaxe  
Dor de Garganta Bócio Rouquidão Disfagia **Audição:** \_\_\_\_\_ **Visão:** \_\_\_\_\_

**AR e ACV:** Dor \_\_\_\_\_ Tosse Expectoração Hemoptise  
Dispnéia Palpitações Desmaio Cianose Edema \_\_\_\_\_ **Outros:** \_\_\_\_\_

**ABD:** Dor \_\_\_\_\_ Pirose Soluço Regurgitação Hematêmesis Náuseas  
Vômitos Dispepsia Diarréia Melena Enterorragia Constipação Aumento de volume

**AGU:** Disúria Incontinência Retenção Poliúria Oligúria Noctúria Hematúria  
Mal Cheiro Corrimento Outras: \_\_\_\_\_

**SME:** Dor \_\_\_\_\_ Rigidez pós-reposo Deformidades  
Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

**SN e PSQ:** Insônia Sonolência Convulsões Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
Amnésia Libido Humor





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Joni Scutis Lessyde</i> Idade: <i>749</i> Sexo: <i>M</i> Cor: <i>B</i> Clínica: <i>MP</i> Data: <i>30/10/13</i> Cirurgião: <i>Dr. Rosendo Scutis</i> 1º Assistente: <i>...</i> 2º Assistente: <i>...</i> 3º Assistente: <i>...</i> 1º Assistente: <i>...</i> Anestesista: <i>Dr. Francisco Lessyde</i> Tipo Anestesia: <i>...</i> Instrumentador: <i>...</i> Horário: <i>6:00</i> I: <i>...</i> T: <i>...</i>				Registro:	EMP: <i>...</i> LK: <i>...</i>
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<i>Náusea e vômito</i>					
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>				<b>CÓDIGO</b>	
<i>Descompressão e</i> <i>de impê cíngulo.</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.



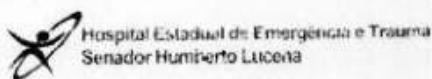
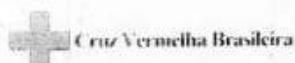


## RELATÓRIO DE CIRURGIA

<b>Nome:</b> José Dauter Sobrinho				<b>Registro:</b>	
Idade: 73	Sexo: Mas	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: 11/10/18	Cirurgião: Dr. Neival			1º Assistente:	
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista: Dra Fernando	Tipo Anestesia: laqui			Horário: 1:	T:
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b> CID					
Fx. Exerto de ond de peito D + fundo em regia peito do pe D					
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b> CID					
Oncema					
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b> CÓDIGO					
Realizado limpeza tecido brufas + desidratamento de fundo em regia peito do pe TN3b					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( ) Sim	Descreva:		
		2 (X) Não			
Biópsia de Congelação:		1 ( ) Sim			
		2 (X) Não			

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

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


**AREA AMARELA**

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>JOSE DANTAS SOBRINHO</b>		BAE <b>1107686</b>	Data/Hora Entrada <b>11/09/2018 15:14:18</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>20/11/1944</b>		Idade <b>73a 9m 22d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS
Mãe <b>NAO INFORMADA</b>				Telefone de Contato <b>(83) 900000000</b>
Endereço <b>DO CAMPO, S/N</b>		Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>BELEM</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>NAPOLEAO SUASSUNA LAVREANO JUNIOR</b>		Nº Cons. Regional <b>7015/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>1/09/2018 15:14:18</b>		Data/Hora Prescrição <b>11/09/2018 16:42:39</b>		

**Anamnese**

#NCR

ACIDENTE MOTOCICLISTICO

#GCS 15, PIFR, SEM DEFICITS FOCAIS, SEM DOR CERVICAL OU DORSAL

#TC DE CRANIO SEM ALTERAÇÕES RELACIONADAS AO TCE

#CD: RETIRADA DO COLAR CERVICAL E ALTA DA NCR

**ORTOPEDIA**

 PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE RESULTANDO EM FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNAS DIREITA ASSOCIADO A FERIMENTO E FACE POSTERIOR DE PERNAS E CALCANEOS DIREITO  
ENCAMINHO AO TRAUMINHA SEGUNDO PACTUACAO JA COM LIBERACAO DA NCR E CIR VASCULAR

**VASCULAR**

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA EM MID COM SANGRAMENTO E LESAO EXTENSA DE CALCANEOS E PERNAS

AO EXAME:

PRESENCA DE TODOS OS PULSOS (FEM, POP TA E TP)

AUSENCIA DE SD COMPARTIMENTAL

J: ALTA DA CIRURGIA VASCULAR

AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA

**Conduta**

Internar Paciente

JOSE DANTAS SOBRINHO

 NAPOLEAO SUASSUNA LAVREANO JUNIOR  
( 7015/PB)

 Dr. Napoleão Suassuna Jr.  
Cr. Vascular / Endovascular  
CRM-PB 7015

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- ① Paciente em DDH nos anelitos
- ② Anestesia + antiemética
- ③ Aparição de corpos estranhos.

### Incisão:

### Achados:

- ④ Ex. nódulo de onde puxou + fundo de saco em níveis posteriores de 15 cm.

### Conduta:

- ⑤ Embora houve nódulo limpa + hidratação

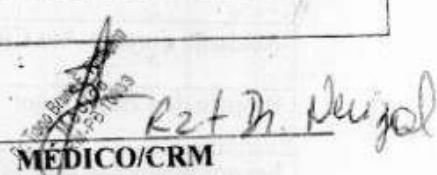


Quatro alunos com goteirão

**Fechamento:**

**OBS:**

Data: 15/10/18

  
R. Costa Duarte  
MÉDICO/CRM

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



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

nfus. 1 cateter  
de caviga apertado

**Incisão:**

Realiz. de Pele de 6  
cm x 10 cm

**Achados:**

elofia exacer  
ada grande

**Conduta:**

remoção

**Fechamento:****OBS:**

Data: 30/10/18

Dr. Roberto A. Santos  
CRM-PB 1000  
CRM-PE 1000

MÉDICO/CRM

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

[ ]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): \_\_\_\_\_

Gânglio: \_\_\_\_\_



Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

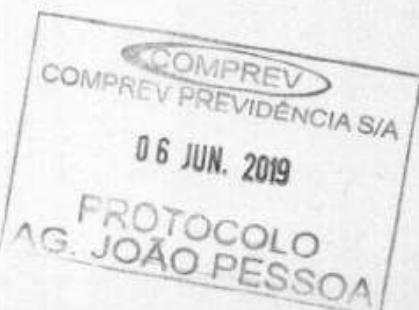
Hipóteses Diagnósticas: *Fratura exposta de  
perna (Eclipeão tibial)*

Conduta: *① UMC com CF > 9%  
② Exploração  
③ Fixação exposta (f)*

*Controle de Doros.*

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





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190366363      **Cidade:** Tacima      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE DANTAS SOBRINHO      **Data do acidente:** 11/09/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA DIREITA.

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

**Resultados terapêuticos:** HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA, PORÉM RESULTOU EM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, HIPOTROFIA MUSCULAR DA Perna DIREITA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO E TORNOZELO DIREITO, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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

**Sequelas:** Com sequelas

**Data do exame físico:** 01/07/2019

**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>



## PROCURAÇÃO

Outorgante: Jose Dantas Sobrinho, brasileiro(a), estado civil casado, profissão operário(a), residente e domiciliado à Rua Sitio Valimim, nº 515, bairro area rural, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58000-000 portador(a) do RG nº 599108, SSP/ PB e CPF nº 072.501.164-52

Outorgado: Alcione de Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil casado, profissão agricultor(a), residente e domiciliado(a) à Rua Ademir Siscal 100, nº 151, bairro Manoel Góes, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58056-384 portador (a) do RG nº 26247718, SSP/ PB e CPF nº 046.502.751-74

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) Sr.(a) Jose Dantas Sobrinho, ocorrido em 31/09/18, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Processo de natureza invalidez.

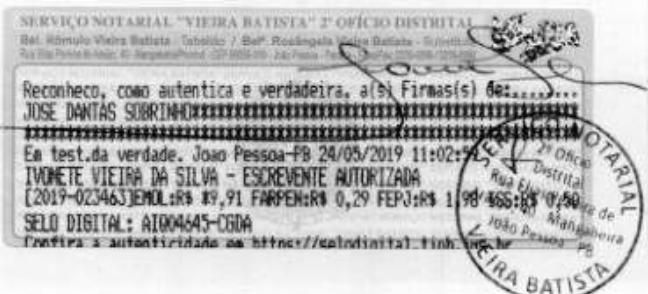
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim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

João Pessoa, 24 de maio de 2019.

CARTÓRIO  
VIEIRA BATISTA

Jose Dantas Sobrinho  
Outorgante  
CPF Nº 072.501.164-52

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0192157/19

Número do Sinistro: 3190366363

Vítima: JOSE DANTAS SOBRINHO

CPF: 072.501.164-52

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE DANTAS SOBRINHO

### DOCUMENTOS ENTREGUES

**JOSE DANTAS SOBRINHO : 072.501.164-52**

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: 13/06/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/06/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 17/09/2020 09:56:48  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20091709564829900000032912277>  
Número do documento: 20091709564829900000032912277

Num. 34416867 - Pág. 33