



Número: **0811793-50.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **17/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA (AUTOR)	EPITACIO FLORENTINO LIMA NETO (ADVOGADO) FABIO COSTA FERRER (ADVOGADO) JEEZISRAEL MOISES BEZERRA GOMES (ADVOGADO) RAMON DE ANDRADE GOUVEIA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
36202 000	03/11/2020 18:17	<a href="#"><u>2761508_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos da Capital



### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01560.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01560.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 09:08 horas do dia 16 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **João Carneiro de Oliveira**, CPF nº 020.798.544-88, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Soldador, filho(a) de Lucia Maria de Oliveira e Pai Não Declarado, natural de Itambe/PE, nascido(a) em 28/02/1974 (44 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua João Carolino de Oliveira, Nº 0118, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Escola Municipal Pedro Lins, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98195-8987.

#### Dados do(s) Fatos:

Local: Comerciante Alfredo Ferreira da Rocha, Mangabeira I ( Lombada Eletrônica do Colégio Luis Ramalho ), João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/01/18 15:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

#### E NOTIFICOU O SEGUINTE:

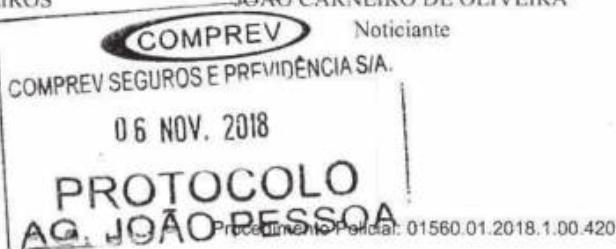
QUE, segundo o notificante trafegava com o veículo, tipo motocicleta marca e modelo:HONDA/CG 150 FAN ESI, ano e modelo:2009/2010 de cor preta,placa:NQH 7950/PB,Chassi nº 9C2KC1550AR043755,registrado em nome de Zulmira da Silva Dutra,CPF nº 204.181.324-53;QUE segundo o notificante trafegava normalmente na sua mão pela direita, quando um veículo fez uma ultrapassagem pelo notificante e saiu da faixa da esquerda para a direita sem ter o condutor do carro a devida atenção, vindo notificante a colidir na traseira do mesmo, que devido ao impacto veio o notificante a cair ao chão;Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº0451/2018, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 02.04.2018 do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S82,3

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, 16 de agosto de 2018.

JOSÉ SAÚLO ARAUJO NEGREIROS

Agente de Investigação



1/1





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

José Penneiro de Oliveira

CPF da Vítima

020.498.544-88

Data do Acidente

11/01/2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

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

#### Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

José Penneiro de Oliveira

Local e Data

*José Penneiro de Oliveira*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
Av. Diógenes Chianca, 1777  
Água Fria - CEP 58053-900  
João Pessoa - PB

## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 805/096, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1947387, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA idade 42 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto) no dia 11/01/2018, na Rua Comerciante Alfredo Ferreira da Rocha , Bairro: Mangabeira - João Pessoa - aproximadamente às 15:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcísio Burity (Ort trauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 25 de Maio de 2018.

Jefferson da Rocha Augusto  
Estatístico  
COE/CEP: Registro: 10171

Jefferson da Rocha Augusto  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

COMPREV  
COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A.  
06 NOV. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB  
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



# 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: 21/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04915

CONTA: 000000012777-6

---

Nr. da Autenticação DCBE8FF89067AFB0



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:17:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318172018700000034566637>  
Número do documento: 20110318172018700000034566637

Num. 36202000 - Pág. 4





COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Chirino, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-87

70128499

REFERÊNCIA

OUT/2018

## CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

**GERLANDO PEREIRA DA SILVA**  
RUA ROMUALDO ROLIM, 122 - APTO 103 BLA - GRAMAME  
JOÃO PESSOA PB 58067- 215

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Habituado	Comunal	Industrial	Público	
001.093.655.0310.103	103	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
YJLX162131	18/11/2011	EXT LACRILIGADO		POTENCIAL		

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m<sup>3</sup>) | NUM DE DIAS | PROXIMA LEITURA  
456 459 3 29 01/11/2018  
HIST. CONS./ANOR. LEIT. | QUALID. ÁGUA-ANEXO-20 PORT. 05/2017 HS.  
SET/2018 3 PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES  
AGO/2018 4 TURBIDEZ 268 366 363  
JUL/2018 2 CLORO 268 367 364  
JUN/2018 6 COL.TERMOT 0 0 0  
MAI/2018 7 COR 73 128 126  
ABR/2018 12 COL.TOTAL5 268 367 367  
MEDIA(m<sup>3</sup>) 5 DADOS REFERENTES A: AGO/2018

DATA DA IMPRESSÃO: 02/10/2018		HORA DA IMPRESSÃO: 09:41:06	
DESCRICAÇÃO		CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA			
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)			
CONSUMO DE ÁGUA	3 m <sup>3</sup>		37,91
ESGOTO			

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 3,51 PIS E CONFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO:	16/10/2018	Total a Pagar:	R\$ 37,91
-------------	------------	----------------	-----------

COMPREV  
SEGURADO PREVIDENCIASIA  
06 NOV. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JEAO PESSOA

	CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA CAGEDA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL	TIPO DE TARIFA: 1
INFORMAÇÕES GERAIS: SR. USUÁRIO: EN 31/08/2018, REGISTRAMOS QUE V.SA. ESTAVA EM DBIT 0. COMPARTE AOS POSTOS DE ATENDIMENTO PARA REGULARIZAR. CASO TENHA PAGO APÉS A DATA INDICADA, DESCONSIDERE.		



MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70128499	OUT/2018	16/10/2018	R\$ 37,91

82610000000 7 37910010001 3 07012849901 2 10201890003 9



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:17:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318172018700000034566637>

Número do documento: 20110318172018700000034566637

Num. 36202000 - Pág. 6

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221200 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Fábio Penteado Pereira da Silveira inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.014.944 / 86 na qualidade de Procurador (a) / intermediário (a) do Beneficiário Fábio Penteado Pereira da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.498.544 / 88, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz da Vítima Fábio Penteado Pereira da Silveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.498.544 / 88, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ COMPRESENGUROSE PREVIDÊNCIA S/A  
06 NOV. 2018  
PROTOCOLO  
AG. 1040 PESSOA

Recuso informar

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

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

Endereço	Número	Complemento
<u>Rua Romualdo Rehm</u>	<u>122</u>	<u>Ap 103 BL A</u>
Bairro	Estado	CEP
<u>Gramame</u>	<u>PR</u>	<u>58064-015</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD)
<u>fabiopenteado.pereira.silveira@gmail.com</u>		<u>(83) 99141-0354</u>

Fábio Penteado Pereira da Silveira, 26 de outubro de 2018

Local e Data

Fábio Penteado Pereira da Silveira





01

## CERTIDÃO

Nº. 0451/2018

Atendendo solicitação de **JOÃO CARNEIRO DE OLIVEIRA** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº93706 e Prontuário N° 2018.01.001511, pertencentes ao requerente que foi atendido dia 11/01/2018 às 17H47min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tibia direita. Realizado procedimentos cirúrgicos dias 16 e 31/01/2018 com alta médica dia 01/02/2018.

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

João Pessoa, 02 de Abril de 2018

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959



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

Ficha Nr: 93706 Atd: Nao Regulado  
Data: 11/01/2018  
Hora: 17:47:57  
Recepctionista: LENICE FLORENCIO DE ARAU  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA

Num. Prontuario: 2018.01.001511

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 4324569 Fone: 988399102

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 28/02/1974 Id: 43 ano(s)

End.: RUA JOAO CAROLINO DE OLIVEIRA, 118

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: LUCIA MARIA DE OLIVEIRA Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SOLDADOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA

Tel/Doc. Responsavel: 988399102 / IDENTIDADE: 4324569

Lidencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: ACIDENTE DE MOTO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

		CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO	
PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Choquado
Quaixa Principal		<input type="checkbox"/> Vomito	
		Observacao	

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Febre 38,5°C Tocum. am M/S

| Conduta

Rx  
Dermatite  
Alv. Am. b.

Prescricao

trofie alg. Pela  
filos  
en. folic. Boto



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao


| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

COMPREV  
COMPREV SEGUROSE E PREVIDÊNCIA S/A  
06 NOV. 2018  
PROTÓCOLO /  
AG. JOÃO PESSOA

Jayme Ribeiro da S. Dutra

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





## **RELATÓRIO DE CIRURGIA**

Nome: <u>João Lameiro de Oliveira</u>				Registro:
Idade: <u>43</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u>Branca</u>	Clinica:	EMP: _____ LR: _____
Data: <u>16/05/18</u>	Cirurgião: <u>Dr. Paulli</u>		1º Assistente: <u>Flávia Re</u>	Instrumentador: _____
2º Assistente: _____		3º Assistente: _____	Horário: I: _____ T: _____	_____
Anestesista: <u>Dr. Vayhner</u>	Tipo Anestesia: <u>Racquel</u>			
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO <u>Frat. de Pilão tibial D</u>				CID
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO <u>Osteosíntese</u>				CID
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) <u>frat. enxerto de frat. de pilão tibial D.</u>				CÓDIGO
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não				Descriva: <u>06 NOV. 2018</u>
Acidente durante Ato Cirúrgico		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Biópsia de Congelação:		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico				

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



## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

- ① Paciente em BTT sob anestesia
- ② Aneurisma + antineurisa
- ③ Apóiaço de caixa por estíca

Incisão: ④ Fissura pecteniforme para exposição da fissura sacroiliaca

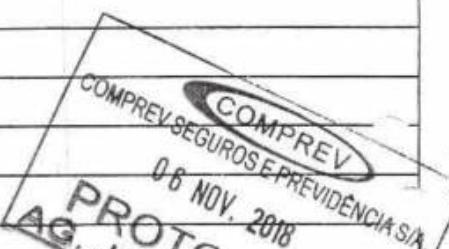
Achados: ⑤ Fratura de pilão fibial

Conduta: ⑥ Redução óssea + operação de fixador em  
múltiplos para proteção de plástico fibular Delta.  
⑦ Laringoscopio sol. hidrógeno 0,9%

Fechamento: ⑧ Autotransplante com gaze alívio  
⑨ Oclusão de ferida

### OBS:

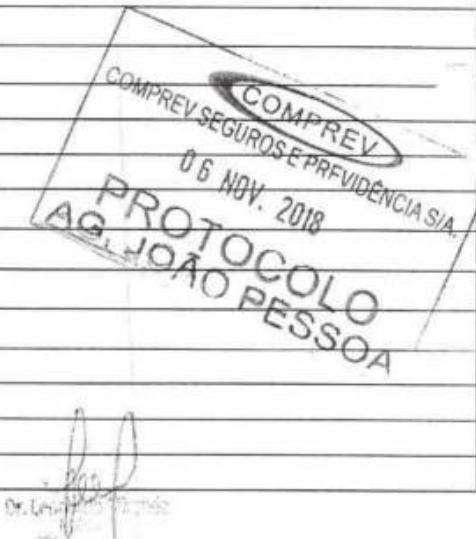
Data: 16/10/2018



Franco Bruno F. Pinheiro  
Médico  
CRM-PB  
MÉDICO/CRM



Descrição da Cirurgia	
<b>Posição e Preparo:</b>	Paciente em decúbito dorsal sob anestesia Assepsia + Antissepsia Aposição de campos cirúrgicos estéreis
<b>Incisão:</b>	Incisão em 1/3 distal da perna lateral e medial Dissecção por planos
<b>Achados:</b>	Visualização de foco de fratura da tibia distal e maléolo lateral dir
<b>Conduta:</b>	Realizada manobra de redução sob uso de intensificador de imagem do maléolo lateral dir Aposição de 1/3 de cano 08 furos + 05 parafusos corticais + 02 esponjosos em maléolo lateral Aposição de placa em L 04 furos em face lateral esquerda da tibia direita com 03 parafusos corticais + 01 parafuso esponjoso Aposição de placa em L 05 furos em face medial da tibia direita com 03 parafusos corticais + 01 esponjoso Limpeza exaustiva de ferida operatória com SF a 0,9% Realizado RX controle
<b>Fechamento:</b>	Fechamento de planos Curativo Tala tipo bota
<b>OBS:</b>	


  
**COMPREV**  
**SEGURÓSE/PREV**  
**06 NOV. 2018**  
**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

Data: 31 / 01 / 2018

MÉDICO/CRM

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





COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
06 NOV. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:17:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318172018700000034566637>  
Número do documento: 20110318172018700000034566637

Num. 36202000 - Pág. 14

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENTRAN

DETAN - PB N° 013748751078  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	CÓD. RENAVAM	P.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	00191550647	00/000000000	2017
NOME ZULMIRA DA SILVA DUTRA			
CPF/CNPJ	PLACA		
20418132453	NQH7950/PB		
PLACA ANTO/UF	CHASSI		
NOVO PB	9C2KC1550AR043755		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLETA/NAO APPLICA	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG 150 FAN ESI	2009	2010	
CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/149 /CI	PARTIC	PRETA	
I P V A	COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS
		00/00/0000	1 <sup>a</sup>
	FAIXA I PVA	PARCELAMENTO / COTAS	2 <sup>a</sup>
	*****	0	3 <sup>a</sup>
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO ***** SEGURO 013748751078 31/10/2017			
OBSERVAÇÕES A.F. BV FINANCIERA P.S.P. DE OBRIGATORIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
JOAO PESSOA PB	DATA		
38903	31/10/2017		

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB N° 013748751078 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

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

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
2017	31/10/2017	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	20418132453	NQH7950/PB
RENAVAM	MARCA / MODELO	
00191550647	HONDA/CG 150 FAN ESI	
ANO FAB.	CAT. TARE	Nº CHASSI
2009	9	9C2KC1550AR043755
FMS (R\$)	DENTRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
*****	SEGURO	P A G O
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
S COTA ÚNICA	PARCELADO	31/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

AUGO 2017

1571-1405491-20171031



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.

06 NOV. 2018

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:17:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318172018700000034566637>

Número do documento: 20110318172018700000034566637

Num. 36202000 - Pág. 15

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180522712      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 11/01/2018      **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 14/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>





Proprietária do veículo



**JOSE PEREIRA DUTRA**

RUA JOAO CAROLINO DE OLIVEIRA, 116 - MANGABEIRA  
JOAO PESSOA / PB CEP: 58055-320 (AD 1)

Emissao: 18/09/2018 Referencia: Set/2018

Classe/Suécia: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO Br200, Km26-Costa Redonda-João Pessoa/PB-CEP58071-080  
Roteiro: 10 - 5 - 2,3 - 3420 N° medidor: 00000192917



ENERGISA PARAÍBA-DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ 09.095.153/0001-40 Inst. Em: 16015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 12.512.03  
Cód. para Dib. Automatizado: 00003229721

Set / 2018

18/09/2018

18/10/2018

440.637.410-4

Inc. Est.

**UC (Unidade Consumidora):**

**5/322972-1**

Data	Lectura	Data	Lectura	1	250	20
20/08/18 23264 18/09/18 23917						
0001 Consumo em kWh	262.000,00	0,00	77770	204,38	204,38	27
0001 Adc. B. Vermelha	18,47	18,47	27	4,38	18,47	1,15
0007 CONTRIB SERV. ILUM PÚBLICA	10,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCO Código de Classificação do Item TOTAL 222,86 222,31 80,16 222,83 1,78 8,26

Média últimos meses (kWh)

**VENCIMENTO**

**11/10/2018**

**TOTAL A PAGAR**

**R\$ 232,86**

256 | 348 | 270 | 256 | 318 | 295 | 254 | 312 | 266 | 313 | 272 | 288  
Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18

RESERVADO AO FISCO

3a6e.be79.6638.c1bb.5eab.ad88.6ffd.9bc3.

**Composição do Consumo**

TIPO	VALOR	VALOR	VALOR
DIANTRAL	4,16	0,00	
DIC TRIMESTRAL	10,28	0,00	NOMINAL
DIANTRAL	20,77	0,00	220
FIANTRAL	0,72	0,00	CONTRATADA
FIG TRIMESTRAL	8,47	0,00	LIMITE INFERIOR
FIANTRAL	12,35	0,00	LIMITE SUPERIOR
DNC	2,91	0,00	231
DICR	7,22	0,00	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	49,78	21,38
Compra de Energia	83,35	36,37
Serviço de Transmissão	7,74	3,32
Encargos Sistêmicos	11,78	5,08
Impostos, Direitos e Encargos	89,26	34,47
Outros Serviços	0,00	0,00
<b>Total</b>	<b>232,86</b>	<b>100,00</b>

Valor do EUSC (Ref. 7/2018) R\$72,09

**ATENÇÃO**

Requisito T- Vinculo Válido: 26/09/18 Res. ANEEL nº 2 das Tarifas de Distribuição

Faturas em atraso

**COMPREV**

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

05 NOV. 2018

**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

## PROCURAÇÃO

#### **OUTORGANTE:**

Issoz Barreiro de Oliveira, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Soldador, CI RG nº 4324569, CPF/MF nº 020 798 544-88 residente e domiciliado(a) à Rua Issoz Barreiro de Oliveira nº 118 - Montalvino. Cidade de Issoz Piraea, Estado Pará, CEP: 58055-320, telefone (83) 99855-2442, (83) 99171-0357.

**OUTORGADO:** Gerlando Pereira da Silva, CPF spb nº 008.014.944-86 e RG sob nº 2455450 SSDS/PB, com endereço cito à Rua: Com. Alfredo Ferreira da Rocha nº 2335, Bairro Mangabeira II na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba

**PODERES:** O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 NOV. 2018

**PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA**

efônio lissota, 26 de outubro de 2018.

CARTÓRIO  
MIEIRA BATISTA

AUTORGANTE

SERVIÇO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" II OFÍCIO DISTRIBUIDOR DA Fazenda  
Bel. Raimundo Vieira Batista - Telefone / Bel. Rosângela Vieira Batista - Telefone / Bel.  
Pct. São Pedro da Asa, N°: Margarida Hotel - Fone: 3200-0110 - João Pessoa - PB - Fone: 3200-0110 - João Pessoa - PB  
Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Extrairas: .....  
JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA  
\*\*\*\*\*  
Em test. da verdade. João Pessoa - PB 26/10/2019 10:12:35  
Maricieleide Alexandre da Silva Moreira - ESCrivente Auto  
(2018-027804)EMOL:R\$ 4,90 FARPEM:R\$ 0,20 FEPJ:R\$ 1,70 ISS:R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: ANQ73342-2Y6C  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0403949/18

**Vítima:** JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA

**CPF:** 020.798.544-88

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/01/2018

**Titular do CPF:** JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

#### GERLANDO PEREIRA DA SILVA : 008.014.944-86

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

#### JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA : 020.798.544-88

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: 06/11/2018  
Nome: GERLANDO PEREIRA DA SILVA  
CPF: 008.014.944-86

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/11/2018  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

GERLANDO PEREIRA DA SILVA

MARCELA DO CARMO DE LIMA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:17:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318172018700000034566637>  
Número do documento: 20110318172018700000034566637

Num. 36202000 - Pág. 20



Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180522712  
Vítima: JOAO CARNEIRO DE OLIVEIRA  
Data do Acidente: 11/01/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: GERLANDO PEREIRA DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180522712**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13569674

Pag. 01175/01176 - carta\_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/11/2020 18:17:21  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110318172018700000034566637>  
Número do documento: 20110318172018700000034566637

Num. 36202000 - Pág. 21



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

#### É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	020.498.544-88	José Pimentel de Oliveira

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

Nome completo José Pimentel de Oliveira	CPF titular da conta 020.498.544-88	Profissão Soldado
Endereço Residencial Pimentel de Oliveira	Número 118	Complemento 1
Bairro Nogueirópolis	Cidade João Pessoa	Estado PB
Email jepaudermeante.pimentel@gmail.com	CEP 58055-320	Telefone (DDD) (83)99855-2442

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS					
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR		<input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)					
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)					
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)					
AGÊNCIA NRO. 4915	D/V	CONTA NRO. 12344	D/V 6	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	COMPROV. SEGURO, ATÉ R\$ 3.000,00 06 NOV. 2018 PROTÓCOLO AG. 1000 PESSOA
(Informar dígito se existir)				BANCO Nome _____ AGÊNCIA NRO. _____ (Informar dígito se existir)	
				CONTA NRO. _____ (Informar dígito se existir)	

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

José Pimentel de Oliveira, 06 de Novembro de 2018  
Local e Data

  
x José Pimentel de Oliveira  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

