



Número: **0800637-17.2020.8.15.0391**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Teixeira**

Última distribuição : **16/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA (AUTOR)		MARCELO DANTAS LOPES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37040839	24/11/2020 16:12	2765932_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190667457

Vítima: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

Data do Acidente: 21/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

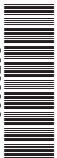
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15188259

Pag. 00525/00526 - carta_01 - INVALIDEZ

00030263





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

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190667457

Vítima: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

Data do Acidente: 21/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT , com preenchimento completo e sem rasuras, com assinatura a rogo de pessoa indicada pela vítima/beneficiário não alfabetizado e de 02 (duas) testemunhas, com a impressão digital do não alfabetizado, pois o entregue não atende a essas orientações. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
Formulário do Pedido Seguro DPVAT	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, com preenchimento completo e sem rasuras, com assinatura a rogo de pessoa indicada pela vítima/beneficiário não alfabetizado e de 02 (duas) testemunhas, com a impressão digital do não alfabetizado, pois o entregue não atende a essas orientações. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.

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. 00183/00184 - carta_03 - INVALIDEZ

00070092



Carta nº 15189272





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

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190667457 Vítima: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

Data do Acidente: 21/07/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

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

Formulário do Pedido Seguro DPVAT	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, com preenchimento completo e sem rasuras, com assinatura a rogo de pessoa indicada pela vítima/beneficiário não alfabetizado e de 02 (duas) testemunhas, com a impressão digital do não alfabetizado, pois o entregue não atende a essas orientações. O formulário e maiores informações estão disponíveis em nosso site.
--	---

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. 00539/00540 - carta_03 - INVALIDEZ

00070270



Carta nº 15541064





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

Rio de Janeiro, 02 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190667457

Vítima: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

Data do Acidente: 21/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000001563-6

Conta: 000002157-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01545/01546 - carta_15R - INVALIDEZ

00020773



Autorização de pagamento



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
E 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 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 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 825591204-53	Nome completo da vítima Jose Roberto Maciel de Lima
---------------------------	-------------------------------	--

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jose Roberto Maciel de Lima		CPF titular da conta 82559120453	Profissão ARMADOR
Endereço Rua Manoelito		Número 00	Complemento Casa
Bairro Centro	Cidade Destacado	Estado PB	CEP 58695000
Email macielrodolfo@gmail.com		Telefone (DDD) (83)996686684	

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

☐ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☒ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
BANCO Nome Bradesco		NRO 		AGÊNCIA NRO. 1563		D/V 6	
CONTA NRO. 		D/V 		CONTA NRO. 0002157		D/V 1	
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(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 efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

de de
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

11 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/11/2020 16:12:45
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112416124436600000035350158>
 Número do documento: 20112416124436600000035350158





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190667457 3 - CPF da vítima: 82559120453 4 - Nome completo da vítima: JOSÉ ROBERTO MACEIO DE LIMA

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 ROBERTO MACEIO DE LIMA 6 - CPF: 82559120453

7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA MONOEL LITO 9 - Número: 00 10 - Complemento: CASA

11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: DESTERRO 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58695000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 083 987984098

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:

☐ RECLUSO 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) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

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

AGÊNCIA: 1563 6 CONTA: 0002157 1 (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (filho(a) nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ 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 obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: DIEGO GOMES DE MOURA

CPF: 09272756430

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CARLITO MENDONÇA DE OLIVEIRA

CPF: 13104967428

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DOC 001 V002/2019

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 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

825 591 204 - 53

Nome completo da vítima

Jose Roberto Maciel de Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jose Roberto Maciel de Lima		CPF titular da conta 825 591 204 53	Profissão Aremador
Endereço Rua Manoelito		Número 00	Complemento Casa
Bairro Centro	Cidade Destreza	Estado PB	CEP 58695 000
Email macieloladue@gmail.com			Telefone (DDD) (83) 9966 8684

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

☐ RECUSO INFORMAR	☒ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome Bradesco NRO 0002157 AGÊNCIA NRO. 1563 D/V 6 CONTA NRO. 0002157 D/V 1 (Informar dígito se existir) (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 efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

_____ de _____ de _____
Local e Data

X

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

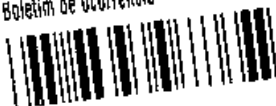
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







Boletim de Ocorrência



CERTIDÃO

CERTIFICO, em razão do meu Cargo, e a Verbal de Pessoa interessada, que revendo o livro destinado ao registro de Ocorrências Policiais desta Delegacia de Polícia, constatei a Ocorrência Nº. 232/2019, cujo teor passa a transcrever na íntegra: Aos dezessete dias do mês de outubro do ano de **DOIS MIL E DEZENOVE**, nesta cidade de **TAPEROÁ-PB**, Estado da Paraíba, e na Delegacia deste município, e sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Civil, Dr. Ariosvaldo Adelino de Melo, quando por volta das 15h30min, compareceu o (a) Sr (a) **JOSÉ ROBERTO MACEIO DE LIMA**, RG 27.176.545-5 SSP/RJ, CPF 825.591.204-53, Brasileiro, solteiro, agricultor, com 46 anos de idade, nascido em 15/10/1973, não alfabetizado, natural de Desterro/PB, filho de Josué Ferreira de Lima e de Inácia Maceio de Lima, residente na Rua Manoellito, s/n), bairro São Cristovão, Desterro/PB, Tel: (83) 98886-5997. Aonde veio até esta Delegacia de Polícia, **NOTIFICAR QUE**: informa o noticiante de que no dia 21/07/2019, por volta das 16h00min, seguia pela estrada do sítio Mulungú, zona rural de Desterro, na motocicleta, HONDA/BIZ 125 ES, ANO/MOD 2012/2012, DE COR VERMELHA, PLACA PEV 9143/PE, CHASSI 9C2JC4820CR291712, licenciada em nome de Gilvan Maceio Lima de Farias; QUE, neste dia estava chovendo, e por ser estrada de terra, a lama provocou um acidente, fazendo com que o noticiante caísse e se machucasse gravemente; QUE, na queda, o noticiante diz que fraturou o joelho direito e bacia do lado direito; QUE, sua esposa que seguia na garupa na moto, de nome ANA, foi quem pediu o socorro, vindo uma ambulância de Desterro e levando o mesmo até o hospital Regional de Patos/PB; QUE, o mesmo ficou esperando o atendimento até o dia seguinte, pois não portava nenhum documento; QUE, ele informa ainda que permaneceu internado por cerca de 06 dias, e passou por procedimentos médicos, sendo engessado e depois liberado para sua casa; QUE, diz o noticiante de que esta com dificuldades de locomoção; QUE, apresenta Ficha de Atendimento Ambulatorial; QUE, procurou esta delegacia por ser de fácil acesso. E nada mais havendo a consignar, encerro a presente certidão, a referida é verdade e dou fé. Eu, Giliard Guimarães Ferreira, escrivão que digitei.

TERMO DE RESPONSABILIDADE: Declaro assumir inteira responsabilidade Civil e Criminal referente ao registro da Ocorrência supra, que origem a presente Certidão. (Artigo 299 do C.P.B.)

OFÍCIO
Giliard G. Ferreira
escrivão

anexo
Suelio Moreira Torres de Queiroz

Taperoá - PB, 17 de Outubro de 2019.

ANTONIO DE DESTERRO, PB
CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS
Rua Araújo Leite, 51, Centro, Desterro - PB
Reconhecido por assinatura, nº(s) firma(s) de:
IVANILDA PEREIRA TORRES DE QUEIROZ
Dom 66, Desterro/PB - 19/11/2019
Substituto: José Dinassane Bezerra de Queiroz
Selo Digital: AUL33538-DS56
Consulte a autenticidade em <https://sdsdigital.tjpb.jus.br>
Emit: R\$99,91 Empen: R\$0,29 MP: R\$0,16 Fcp: R\$1,98



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 Jose Roberto Maceiro de Lima CPF da Vítima 825599204-53 Data do Acidente 21/07/2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

Declaração de Inexistência de IML



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.

de _____ de _____
Local e Data

X
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

V001/2017



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

Jose Roberto Maceio de Lima

CPF da Vítima

825593204-53

Data do Acidente

21/07/2019

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

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.

_____ de _____ de _____
Local e Data

X 

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1.001 V001/2017



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/07/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01563-6

CONTA: 000000002157-1

Nr. Autenticação

BRADESCO300720200500000000002370156300000000215784375 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/11/2020 16:12:45

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112416124436600000035350158>

Número do documento: 20112416124436600000035350158

Comprovante de residência



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE ROBERTO MACGIO DE LIMA

RG nº 87.176.545-5 Data de expedição 08/01/2019 Órgão SSP/PB

CPF nº 825.591-24-53 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA-MANOELLITO</u>
Número	<u>00</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>DESTERO</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.695-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: _____



Num. 37040839 - Pág. 15

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE ROBERTO MACGIO DE LIMA

RG nº 97.176.545-5 data de expedição 08 / 01 / 2009 Órgão SS PIPB

CPF nº 825.591.204-53 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

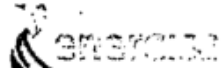
Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA MANOELLITO</u>
Número	<u>00</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>DESTERRO</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>58.695-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante:  _____





Ligação: MONOFÁSICO
 Cat/Soc: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
 Roteiro: 0 - 130 - 540 - 5222 Referência: Set / 2011
 Medidor: 00006487045 Emissão: 11/09/2019

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br200, Km25 - Círculo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-430
CNPJ 09.095.183/0001-42 - Insc. Est. 16.215.823-0

Nota Fiscal/Código de Energia Elétrica Nº000.010.711
Cód. para OEB Automático: 0001611202

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Set / 2019	11/09/2019	11/10/2019	026.691.204-53

UC (Unidade Consumidora): 5/1611386-2

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002. Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em saude.gov.br/vacinabrazil!

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias	
Data	Leitura	Data	Leitura						
12/09/18	3151	11/03/18	3185	1		34		30	
Demonstrativo									
CC	Descrição	Quantidade	Valor	Base Calc.	Ala. Icm(%)	Base Calc.	Pct(%)	Valor(%)	Valor(R\$)
		Teórico	Total	(R\$)	ICMS(%)	ICMS		Pct(Contrib.)	(R\$)(2%)
0501	Consumo até 20kWh-BR	30,000	0,199180	5,84	0,00	0	0,00	5,84	0,06
0501	Consumo - 31 a 100kWh-BR	4,000	0,209750	1,25	0,00	0	0,00	1,25	0,01
0501	Adic. 6 Vermelho			0,54	0,00	0	0,00	0,54	0,00
0510	Subtotal			12,63	0,00	0	0,00	12,63	0,13
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0207	CONTRIBUIÇÃO LUM.FUNCA			10,58	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0304	JUROS DE MORA 06/2018			0,01	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0505	MULTA 09/2018			0,17	0,00	0	0,00	0,00	0,00
0306	Devolução Substit			-12,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00

CCT Código de Classificação do Item	TOTAL:	19,22	0,00	3,00	20,68	0,70	0,94
Taxa s/ Tributos At(130)W: 0,187180	At(100)W: 0,220890						

Media últimos meses (R\$ mil)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
18/09/2019	18/09/2019	R\$ 19,22

Histórico de Consumo (kWh)

36	37	41	25	37	35	60	93	29	30	25	34
Sep18	Oct18	Nov18	Dec18	Jan19	Feb19	Mar19	Apr19	May19	Jun19	Jul19	Aug19

RESERVADO AO FISCO
0294.f7e3.320e.80aa.6077.374c.c6a7.1ed0.

Indicadores de Qualidade			7/2008 - Tensões		
	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		
OTIMIZADA	18,74		OTIMIZADA	230	
OTIMIZADA	18,74				
OTIMIZADA	27,48				
OTIMIZADA	3,42	1,00	CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	8,65		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	13,70		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	18,74	3,28	CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	23,78		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	28,82		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	33,86		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	38,90		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	43,94		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	48,98		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	54,02		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	59,06		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	64,10		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	69,14		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	74,18		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	79,22		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	84,26		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	89,30		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	94,34		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	99,38		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	104,42		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	109,46		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	114,50		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	119,54		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	124,58		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	129,62		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	134,66		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	139,70		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	144,74		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	149,78		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	154,82		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	159,86		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	164,90		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	169,94		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	174,98		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	179,02		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	184,06		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	189,10		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	194,14		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	199,18		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	204,22		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	209,26		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	214,30		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	219,34		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	224,38		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	229,42		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	234,46		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	239,50		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	244,54		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	249,58		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	254,62		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	259,66		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	264,70		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	269,74		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	274,78		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	279,82		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	284,86		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	289,90		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	294,94		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	299,98		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	305,02		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	310,06		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	315,10		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	320,14		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	325,18		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	330,22		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	335,26		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	340,30		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	345,34		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	350,38		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	355,42		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	360,46		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	365,50		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	370,54		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	375,58		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	380,62		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	385,66		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	390,70		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	395,74		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	400,78		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	405,82		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	410,86		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	415,90		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	420,94		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	425,98		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	431,02		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	436,06		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	441,10		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	446,14		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	451,18		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	456,22		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	461,26		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	466,30		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	471,34		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	476,38		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	481,42		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	486,46		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	491,50		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	496,54		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	501,58		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	506,62		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	511,66		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	516,70		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	521,74		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	526,78		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	531,82		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	536,86		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	541,90		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	546,94		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	551,98		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	557,02		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	562,06		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	567,10		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	572,14		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	577,18		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	582,22		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	587,26		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	592,30		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	597,34		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	602,38		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	607,42		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	612,46		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	617,50		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	622,54		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	627,58		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	632,62		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	637,66		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	642,70		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	647,74		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	652,78		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	657,82		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	662,86		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	667,90		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	672,94		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	677,98		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	683,02		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	688,06		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	693,10		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	698,14		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	703,18		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	708,22		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	713,26		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	718,30		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	723,34		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	728,38		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	733,42		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	738,46		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	743,50		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	748,54		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	753,58		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	758,62		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	763,66		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	768,70		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	773,74		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	778,78		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	783,82		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	788,86		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	793,90		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	798,94		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	803,98		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	809,02		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	814,06		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	819,10		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	824,14		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	829,18		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	834,22		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	839,26		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	844,30		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	849,34		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	854,38		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	859,42		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	864,46		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	869,50		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	874,54		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	879,58		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	884,62		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	889,66		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	894,70		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	899,74		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	904,78		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	909,82		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	914,86		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	919,90		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	924,94		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	929,98		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	935,02		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	940,06		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	945,10		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	950,14		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	955,18		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	960,22		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	965,26		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	970,30		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	975,34		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	980,38		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	985,42		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	990,46		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	995,50		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1000,54		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1005,58		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1010,62		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1015,66		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1020,70		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1025,74		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1030,78		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1035,82		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1040,86		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1045,90		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1050,94		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1055,98		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1061,02		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1066,06		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1071,10		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1076,14		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1081,18		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1086,22		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1091,26		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1096,30		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1101,34		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1106,38		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1111,42		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1116,46		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1121,50		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1126,54		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1131,58		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1136,62		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1141,66		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1146,70		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1151,74		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1156,78		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1161,82		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1166,86		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1171,90		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1176,94		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1181,98		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1187,02		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1192,06		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1197,10		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1202,14		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1207,18		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1212,22		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1217,26		CONTRA TADN	207	
OTIMIZADA	1222,30		CONTRA TADN	207	

Valor de EUSD (Ref. 7/2018) R\$ 3,75

ATENÇÃO

Resposta Tarifária Vigência 28/08/19 - Res ANEEL nº 2.595 - Alta Tensão - 4,40% Médio
Resposta Tarifária Vigência 28/08/19 - Res ANEEL nº 2.596 - Baixa Tensão - 4,23% Médio
- Leitura considerada

Faturas em atraso

1



Declaração do proprietário do veículo



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, GILVAN MACEIO LIMA DE FARIAS

RG nº _____, data de expedição ____/____/____,

Órgão _____, portador do CPF nº _____, com

domicílio na cidade de Desterro, no Estado de

Paraná, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Manoelino, Bairro São Cristóvão, nº 00,

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 José Roberto Maceio de Lima, cujo o condutor era

José Roberto Maceio de Lima

Veículo: Motorcicleta

Modelo: Honda BIZ 125 ES

Ano: 2012

Placa: PEV 9143

Chassi: 9L2JC4820CR29J712

Data do Acidente: 21/07/2019

Local e Data: _____

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL E NOTAS
Rua Aprígio Leite, 51, Centro, Desterro - PB

Reconheço, por semelhança, a(s) firma(s) de:

GILVAN MACEIO LIMA DE FARIAS

Doc. fé. Desterro/PB - 19/11/2019

Substituto: José Dinussaue Bezerra de Queiroz

Selo Digital: AJL33557-YIK3

Consulte a autenticidade em: <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emol R\$9,91 Empen R\$0,29 MP R\$0,10

X Gilvan Maceio Lima de Farias
Assinatura do Declarante

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



RE
JAN

N. DEPUTADO 38 710/52
CARNEIRO

GOVERNO
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE

SUS

PRONT.: 29859 N°REQUIS.: 15472
PACIENTE: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

EMIÇÃO.: 23/07/2019
SEXO: M IDADE.: 45

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE

Método.: NIDON KOHDEN

VALOR DE REFERÊNCIA

ERITOGAMA

HEMÁCIAS.: 4.19 milhões/mm³ FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm³
MASCULINO 4,5 a 5,9 milhões/mm³

HEMOGLOBINA.: 12.1 g/dL FEMININO 12 a 16
MASCULINO 13,5 a 17,5

HEMATÓCRITO.: 37.7 % FEMININO 35 a 46
MASCULINO 41 a 53

VCM.: 90,0 fL NORMAL 80 a 100
CM.: 28,9 pg NORMAL 26 a 34
CM.: 32,1 g/dL NORMAL 31 a 55
M.: 13.9 % NORMAL 11 a 15

LEUCOGRAMA

LEUCÓCITOS.: 8.500 /mm³ NORMAL 4.000 a 10.000

PROMIELOCITOS.: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0
MIELOCITOS.: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0
METAMIELOCITOS.: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0
BASTONETES.: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 5
SEGMENTADOS.: 47 % 3995 /mm³ NORMAL 35 a 65
EOSINÓFILOS.: 05 % 0425 /mm³ NORMAL 1 a 4
BASÓFILOS.: 01 % 0085 /mm³ NORMAL 0 a 1
LINFÓCITOS.: 39 % 3315 /mm³ NORMAL 25 a 45
MONÓCITOS.: 08 % 0680 /mm³ NORMAL 2 a 8

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS.: 223.000 mL/mm³ NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.:
SÉRIE BRANCA.:
SÉRIE PLAQUETÁRIA.:

Documentação médica - hospitalar



OUTRAS OBSERVAÇÕES

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 24/11/2020 16:12:45
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112416124436600000035350158
Número do documento: 20112416124436600000035350158

REC DEPUTADO
JAR JH CARNEIRO

GOVERNO
DO ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DE
SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA

SUS

PRONT...: 29859 N°REQUIS.: 15472
PACIENTE: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

EMIÇÃO.: 23/07/2019
SEXO: M IDADE....: 45

GLICOSE

Material. SORO
Método... AUTOMATIZADO

REFERÊNCIAS
NORMAL 70 A 100
ALTERADO (INVESTIGAR) 100 A 125
SUGERE DIABETES > 126

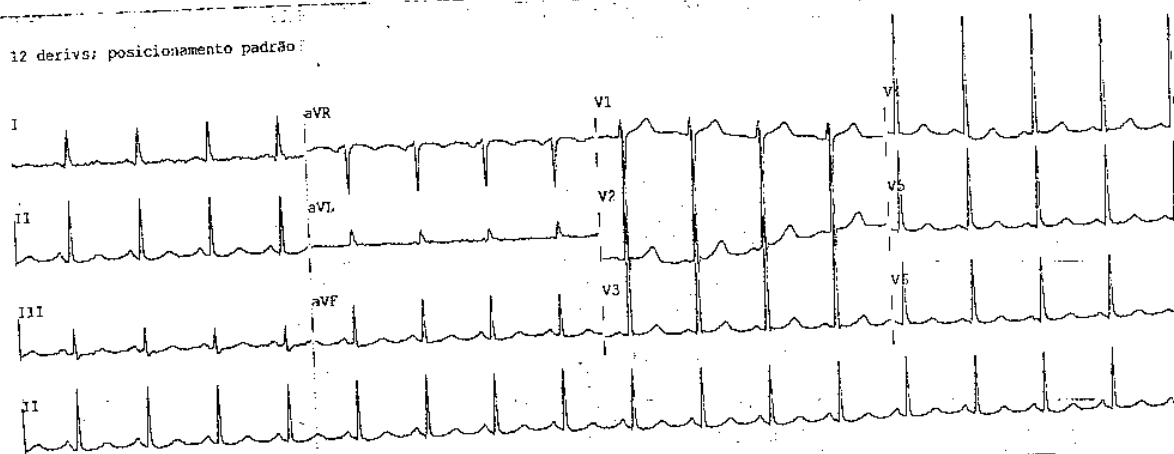
RESULTADO 258 mg/dL

SUELIO MOREIRA TORRES
23/07/2019 16:12:45



22/07/2019 - 09:59:44

12 derivs: posicionamento padrão



Equip:

Veloc: 25 mm/s

Membr: 10 mm/mV

Tórax: 10 mm/mV

F 60~ 0,15-100 Hz

100B CL

P

20112416124436600000035350158

20112416124436600000035350158



63

ATENDIMENTO COM ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data 21/07/19 Hora 19 h 37 Genero M 46 anos

Nome/Nome Social Jose Roberto Maceno

Origem* Residência Regulado? () Sim (x) Não

Queixa principal/História atual da doença/Início dos sintomas ba no joelho Encaminhado? () Sim (x) Não

Motivo do atendimento* 007

U...nte Destino

Transporte Peripetura

Alergia? (x) Não () Sim

Uso de medicação? (x) Não () Sim

Doença prévia? (x) Não () Sim

Temp. _____ °C Pulso _____ bpm Resp. _____ irpm SpO₂ _____ % PA _____ mmHg HGT _____ mg/Dl

Dor: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sem dor Dor leve Dor moderada Dor severa Dor muito severa Dor insuportável

Classificação de Risco: () Vermelho () Amarelo (x) Verde () Azul

Especialidade Médica Ortopedia

Acompanhante: () S/ Acomp. (Setor Crítico) () S/ Acomp. (paciente consciente, orientado e capaz de autocuidado)
() Acomp. p/ menor de 18 anos ou maior de 60 () Acomp. p/ paciente com cond. clínica limitadora

* Consultar tabela para preencher

Fernanda Larissa de Sa Marques Santos
Enfermeira
COREN 195556-ENF
Enfermeiro/Carimbo



COMPLEXO HOSPITALAR
REGIONAL DEPUTADO
JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COMPLEXO HOSPITALAR REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO

GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES	2605473	CNPJ	08.778.268.0023/76
NOME	HOSPITAL REGIONAL DEPUTADO JANDUHY CARNEIRO		
ENDEREÇO	RUA HORÁCIO NOBREGA, S/N		
CIDADE	PATOS	UF	PB
CLASSIF. RISCO	VERDE	da da PCH e da PCH	
ORIGEM	PRÓPRIA RESIDÊNCIA		
PACIENTE	JOSE ROBERTO MACÊDO DE LIMA		
NOME SOCIAL			
FILIAÇÃO I	INACIA MACÊDO DE LIMA	FILIAÇÃO II	JOSUE FERREIRA DE LIMA
NASCIMENTO	15/10/1973	IDADE	45a 9m
PROFISSÃO	AGRICULTOR	COR	PARDO
ENDERECO	RUA PROJETADA	GÊNERO	M
CIDADE	DESTERRO	BAIRRO	CENTRO
CEP	58695000	CEP	58695000
TÉLFONE		CELULAR	
CMS	706405687856587	R.G.	
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO	CPF	
REG. NASC.			
F.A.A	54953	PRONTUÁRIO	29859
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA	OPERADOR	MMAIA
DATA	21/07/2019	TIPO DE SERVIÇO	URGENCIA E EMERGENCIA
HORÁRIO	19:47		
CARACTER	02 -URGENCIA		
PROCEDIMENTO	0000000000 - .PROCEDIMENTO NAO DEFINIDO		
CONVÊNIO	SUS AMBULATORIO		
TRANSPORTE	TRANSP OUTROS ORGAOS PUBLICOS		
ESTADOR	FRANCISCA SONALLY MELO DOS SANTOS		
ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL	A. das R. de L. C. de L.		
PESO=	PA=	X	mmHg
TEMP=			
ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)	Anam. e Ex. Fís. em 01/08/19		
EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPO)	Rx e TC		
SOLICITAÇÃO DE PARECER	de 01/08/19		
DIAGNÓSTICO	Ex. de P. de L. C. de L.		
PROCEDIMENTO (DESCRIÇÃO)			
MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS	- Injeção de 100 CCMV - Soro de 500 ml. de 01/08/19		
OBSERVAÇÃO	() SIM () NÃO		
MÉDICO/CRM/CNS			
CBO			
EXCLUSIVO PARA ONCOLOGIA			
ESTADIAÇÃO PELO SISTEMA TM	03/10/2019		



() 01-ELETIVO () 02-URGÊNCIA () 03-ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
() 04-ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO () 05-OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTE QUÍMICOS OU FÍSICOS

1. | _____ 2. | _____ 3. | _____

() INTERNAÇÃO () ALTA A PEDIDO () EVASÃO () ÓBITO () ALTA MÉDICA
() TRANSFERÊNCIA

MÉDICO/CRM

Chrysomelids

Ques. How do we know as much as we can about the world?

Re el Apogee Ex de Planchon 17m
en sonidos 7A

Mount
Tomb
Cave

[illegible]

PRONT.: 29859 N°REQUIS.: 15400
PACIENTE: JOSE ROBERTO MACEDO DE LIMA

EMIÇÃO.: 22/07/2019
SEXO: M IDADE.: 45

S.8 709

COAGULOGRAMA

Material: SORO
Método: AUTOMÁTICO

TEMPO DE PROTROMBINA:

Resultado:
T.P. Paciente: 14 seg.
T.P. Controle: 13 seg.
Atividade: 76,3 %
Valores de Referência: T. P. Paciente: 11,2 A 15,0 seg.
A. Enzimática: 70 a 100%.

INR

Resultado: 1,15
Valores de Referência:
INR sem Anticoagulante: 0,0 - 1,2
INR uso Anticoagulante: 2,0 - 3,0

TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO

Resultado:
T.T.P.A. Paciente: 39 seg.
T.T.P.A. Controle: seg.
Valores de Referência:
TAP Paciente: 26 a 36 seg.

Marlon Cleidson S. A. Pereira
CRM 2 - R 05516
Hemético Patologista Clínico



Jude

PRONT... 29859 N°REQUIS.: 15400
PACIENTE: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

EMIÇÃO.: 22/07/2019
SEXO: M IDADE.....: 45

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE

Método... NIHON KOHLEN VALOR DE REFERÊNCIA

ERITOGAMA

HEMACIAS.....: 4.860 milhões/mm³ FEMININO 4 a 5,2 milhões/mm³
MASCULINO 4,5 a 5,9 milhões/mm³

HEMOGLOBINA.....: 13.9 g/dL FEMININO 12 a 16
MASCULINO 13,5 a 17,5

HEMATÓCRITO.....: 43.7 % FEMININO 35 a 46
MASCULINO 41 a 53

VCM.....: 89,9 fL NORMAL 80 a 100
HCM.....: 28,6 pg NORMAL 26 a 34
HCM.....: 31,8 g/dL NORMAL 31 a 55
DW.....: 13.9 % NORMAL 11 a 15

LEUCÓGRAMA

LEUCÓCITOS.....: 10.700 /mm³ NORMAL 4.000 a 10.000

PROMIELOCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0
MIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0
METAMIELÓCITOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 0
BASTONETES.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 5
SEGMENTADOS.....: 65 % 6955 /mm³ NORMAL 35 a 65
EOSINÓFILOS.....: 1 % 0107 /mm³ NORMAL 1 a 4
BASÓFILOS.....: 000 % 0000 /mm³ NORMAL 0 a 1
LINFÓCITOS.....: 28 % 2996 /mm³ NORMAL 25 a 45
MONÓCITOS.....: 6 % 0642 /mm³ NORMAL 2 a 8

CONTAGEM DE PLAQUETAS

CONTAGEM DE PLAQUETAS...: 288.000 mL/mm³ NORMAL 150.000 a 450.000

OBSERVAÇÃO

SÉRIE VERMELHA.....
SÉRIE BRANCA.....
SÉRIE PLAQUETÁRIA.....

OUTRAS OBSERVAÇÕES

[Assinatura]



REQUISIÇÃO DE PARECER

7º/05

Nome José Roberto Maciel

Da Clínica ortopedia

Enfermaria 4º

A Clínica cardiologia

Leito 05

Motivo da consulta (especificar os dados sobre os quais deseja opinião e numerar os principais sintomas do enfermo)

Data 7 / 1 / 2019

Assinatura do Médico Consultante

PARECER:

Paciente em quadro cardiológico
Nexo comorbidade de tempo med. comorbidade

$P_A = 700 \times 80 \text{ mmHg}$

ECG = Taquicardia Sinus

Risco Amarelo = Baixo Risco

Data 23.04.19

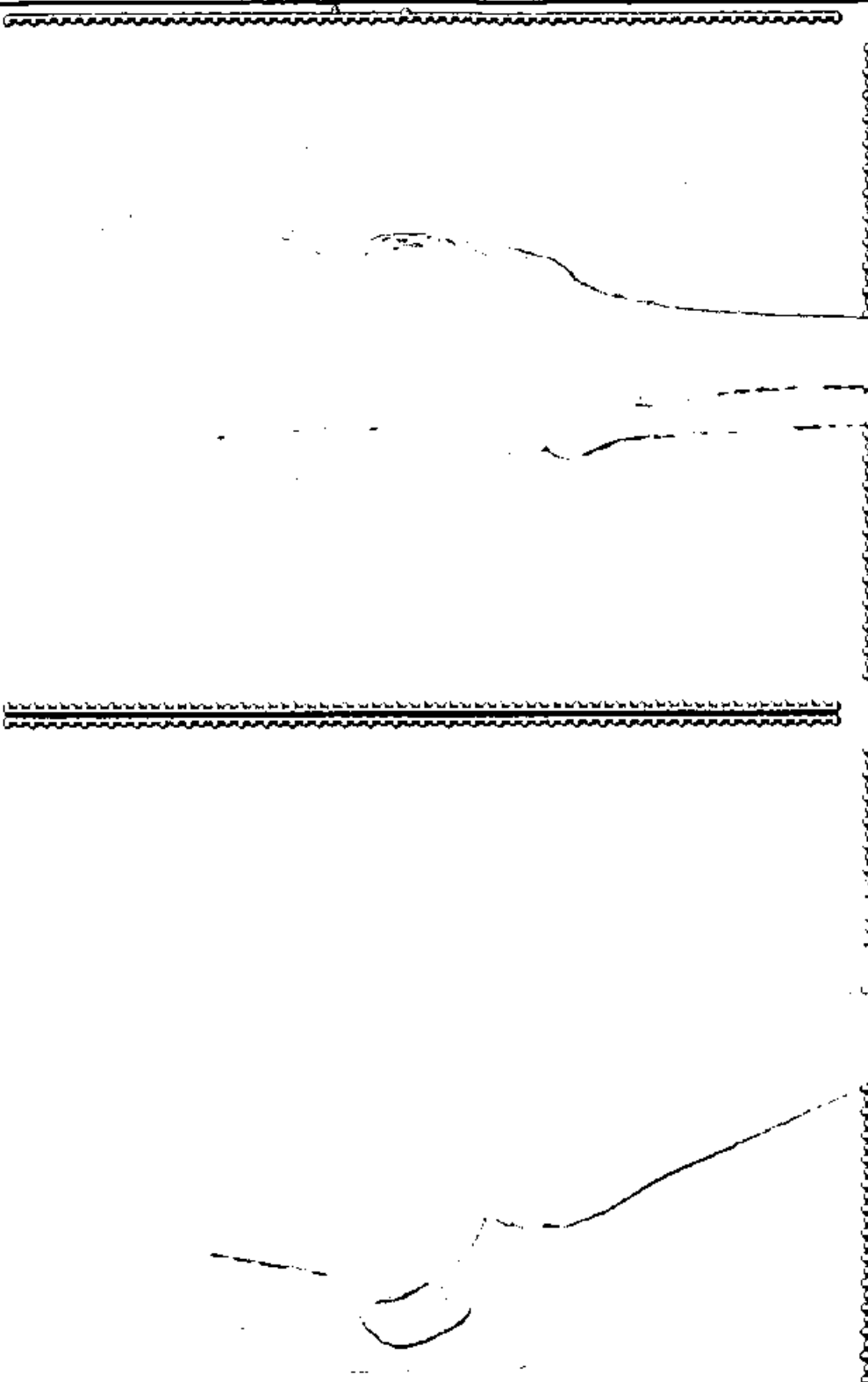
Klauber M. de França
Cardiologia/Geriatria
CRM 4890

Assinatura do Médico Especialista

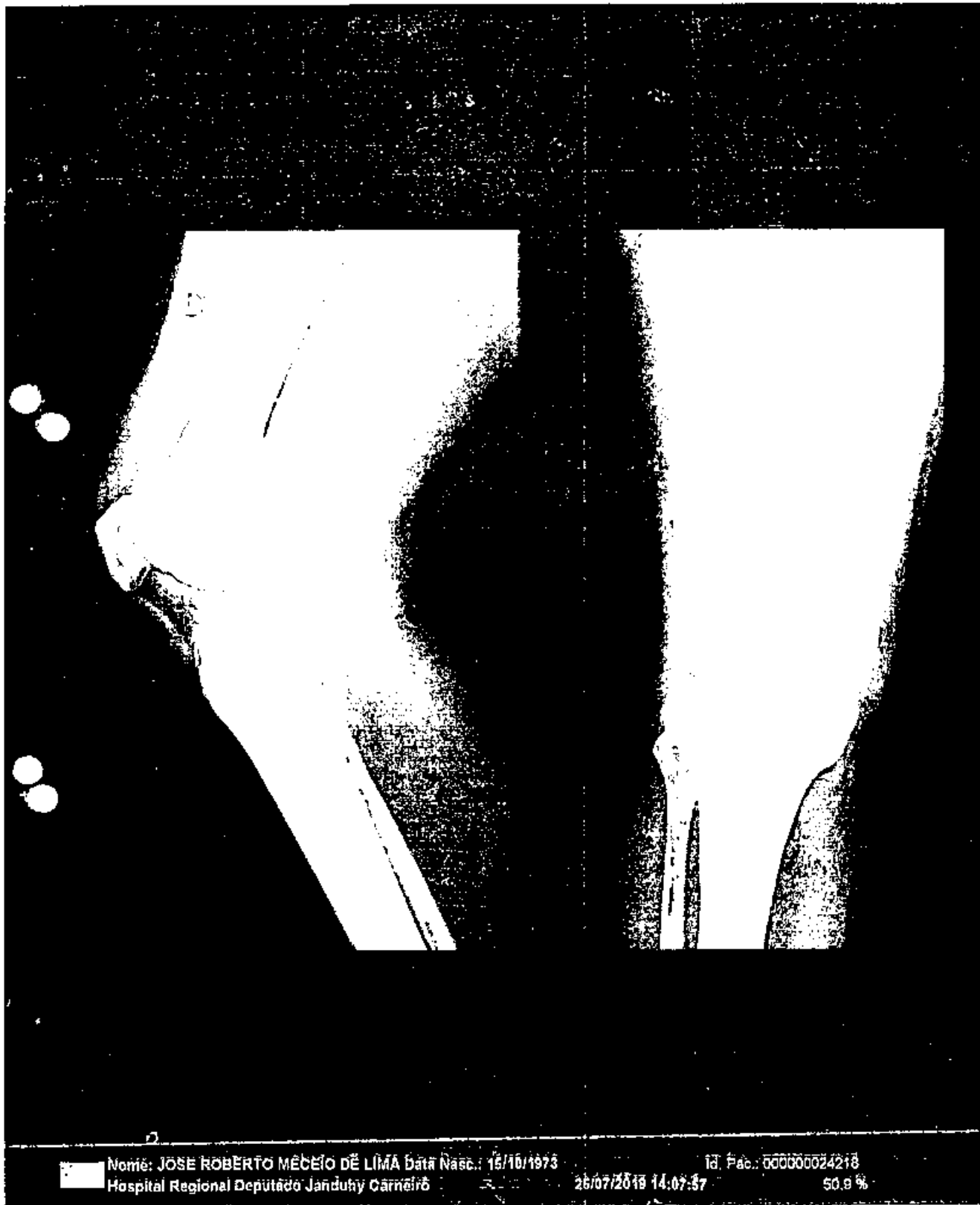


Hospital Regional de Patos - RJ		00000093761		42%	EL 6847	00000093761	0%	EL 6849	00000093761	57%	EL 6822
											
Jocico, Detel		25/10/2018 07:55:00		Jocico, AP		25/10/2018 17:55:51		Jocico, AXIA (Presenca)		25/10/2018 17:55:52	
00000026927		JOSE ROBERTO MACHADO DE LIMA, 18/01/1976									



Hospital Regional de Potosí - RX	00000393761	60%	EL 6439	00000393761	60%	EL 6447
						
JOSÉ R. AL	25/07/2019 14:55:58	JOSÉ R. AL	25/07/2019 14:55:58	JOSE ROBERTO MAGEO DE LIMA, 18/01/1973		
000000023927						





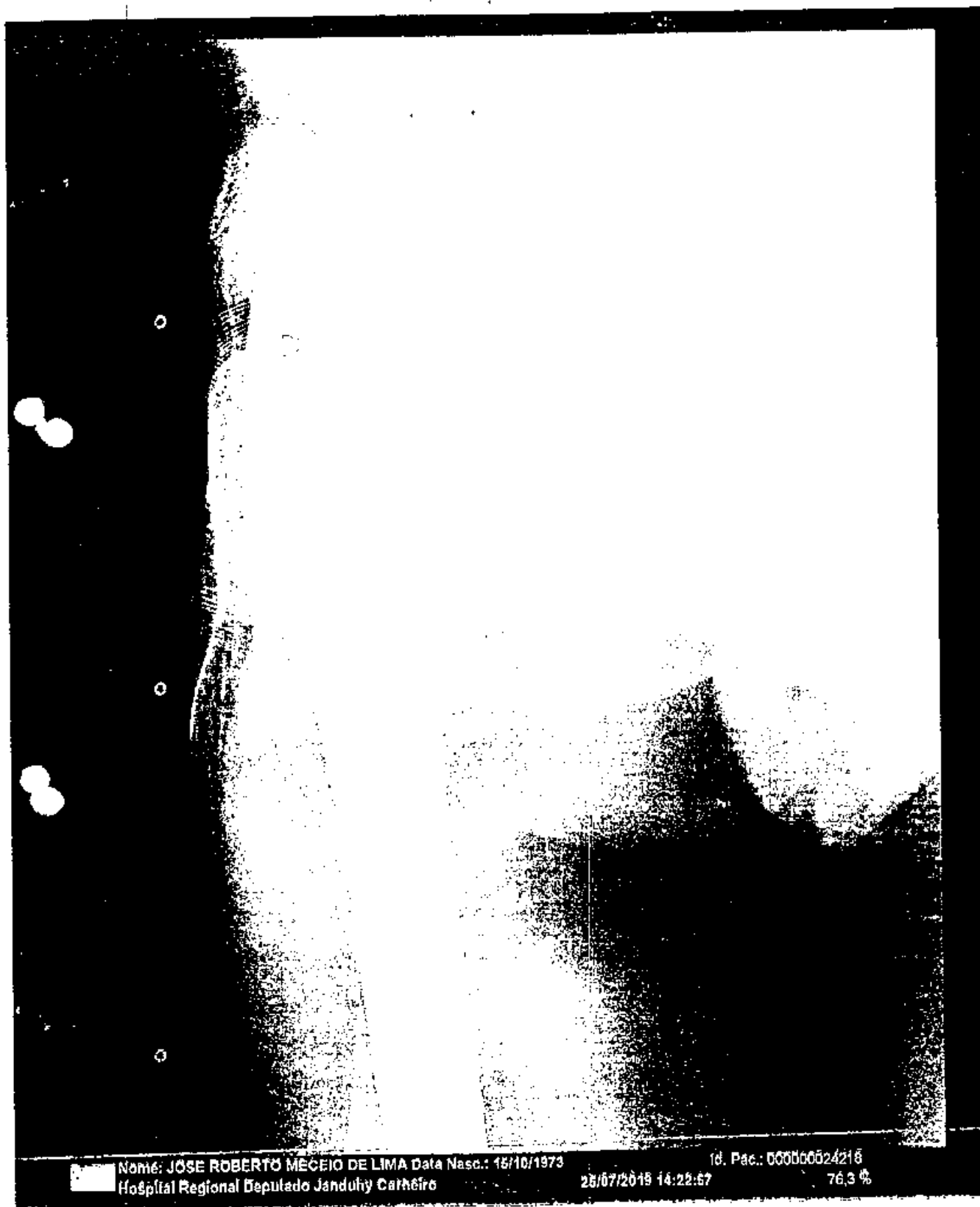
Nome: JOSÉ ROBERTO MEBELO DE LIMA Data Nasc.: 15/10/1973
Hospital Regional Deputado Jandunhy Carneiro

Id. Pac.: 000000024218

26/07/2018 14:07:57

50.8 %



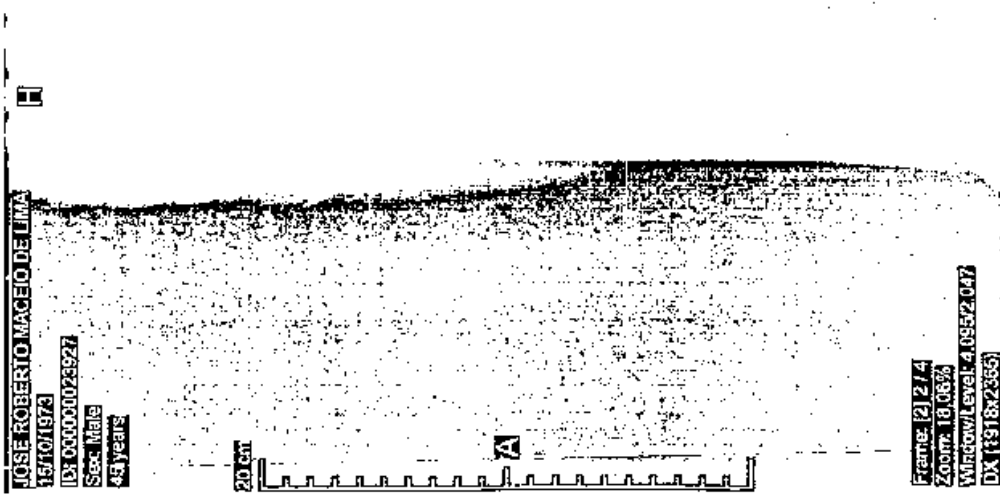
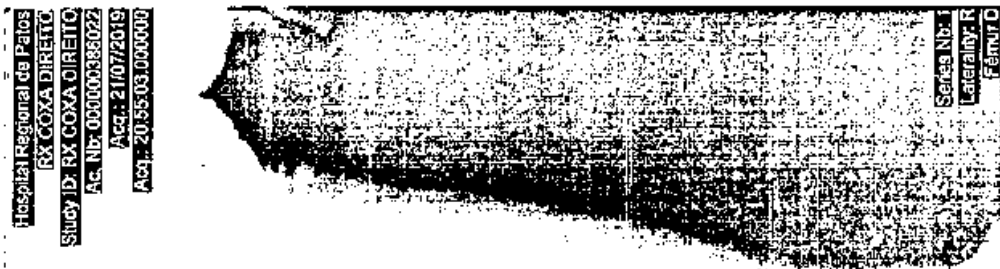
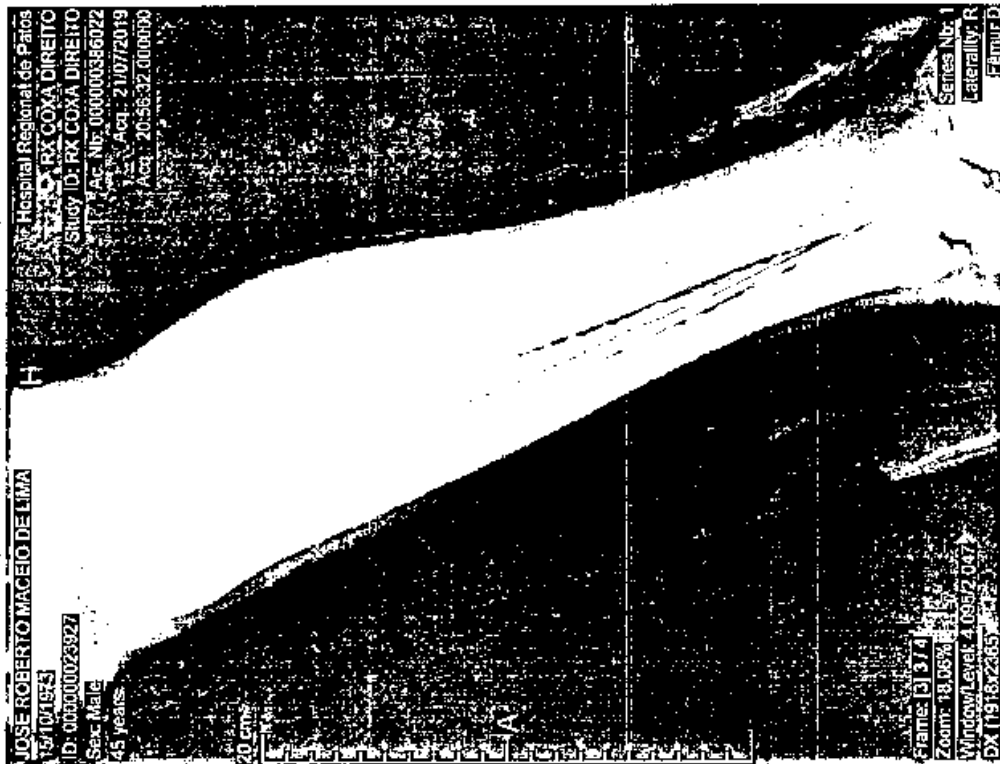


Nome: JOSE ROBERTO MECEIO DE LIMA Data Nasc.: 15/10/1973
Hospital Regional Deputado Janduí Carneiro

Id. Pac.: 000000024218
25/07/2019 14:22:57 76,3 %









Atendimento: 201900385548

Idade: 45 anos

Paciente: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

Data: 21/07/2019

Data de Nascimento: 15/10/1973

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO DIREITO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Fratura cominutiva do platô tibial direito.

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Espaços articulares conservados.

Aumento e densificação dos planos músculo adiposo adjacente região das fraturas.

Impressão Diagnóstica:

Fratura cominutiva do platô tibial direito.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 22/07/2019 01:22.

Dr. Eric Lippincott.
CRM:5292075-4



RESUMO DE ALTA

Nº ATENDIMENTO 55036 PRONTUÁRIO 29859
DATA 22/07/2019 HORA 09:28
MÉDICO DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO OPERADOR TMEDEIROS

PACIENTE JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA IDADE 45a 9m

RESUMO CLÍNICO:

Transtorno de humor

DIAGNÓSTICO:

Transtorno de humor

CID-10:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Tratamento

EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS:

Sem intercorrências

ORIENTAÇÕES APÓS A ALTA:

Retorno + Rx

CONDIÇÕES DE ALTA/TRANSFERÊNCIA () Curado (☒) Melhorado () Inalterado () Óbito

DESTINO () Residência () Atendimento domiciliar

() Transferência para

PATOS/PB, 22 DE 07 DE 2019

Dr. Sérgio Wanderley
CRM 61570-0/GO
CRM 61570-0/GO

MÉDICO/CRM





Atendimento: 201900385548

Idade: 45 anos

Paciente: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

Data: 21/07/2019

Data de Nascimento: 15/10/1973

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO DIREITO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Fratura cominutiva do platô tibial direito.

Não há evidências de calcificações periarticulares.

Espaços articulares conservados.

Aumento e densificação dos planos músculo adiposo adjacente região das fraturas.

Impressão Diagnóstica:

Fratura cominutiva do platô tibial direito.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 22/07/2019 01:22.

Dr. Eric Lippincott.
CRM:5292075-4



FICHA DE INTERNAÇÃO

(705)

INTERNAÇÃO	55036	PRONTUÁRIO	29859
DATA	22/07/2019	HORA	09:28
OCORRÊNCIA	URGENCIA	OPERADOR	TMEDEIROS
CLASSIF. RISCO			
ORIGEM	PRÓPRIA RESIDENCIA		
MÉDICO	DIEGO DOS SANTOS SANTIAGO		
MOTIVO	ACIDENTE DE TRANSITO MOTOCICLETA		
PACIENTE	JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA	IDADE	45a 9m GÊNERO MASCULINO
FILIAÇÃO I	INACIA MACEIO DE LIMA		
FILIAÇÃO II			
CIDADE	DESTERRO PB 58695000		
ENDEREÇO	RUA PROJETADA S/N		
PAÍS	CENTRO		
TURALIDADE	DESTERRO		
TELEFONE	CELULAR 83988865997		
C.N.S.	706405687856587	IDENTIDADE	
C.P.F.	825.591.204-53	REG. NAC.	
NASCIMENTO	15/10/1973	COR	PARDO
EST. CIVIL	SOLTEIRO	PROFISSÃO	AGRICULTOR

RESPONSÁVEL JOSE ROBERTO MACEIO DE LI Ass. Resp./Paciente

ANAMNESE (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários).

Vítima queda moto - trauma em punho @.

FRATURA punho @.

(internado).

EXAMES OBJETIVOS (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos).

Dor
Tala
NVEN. Amm
(...)

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratoriais)

DIAGNÓSTICO

FRATURA PUATO tibial @.

CID

CRIMPB 10932 TEOT 11/19

DADOS DA SAÍDA

Data 27/07/19

Hora H Min

MOTIVO

() Alta Curado (X) Alta Melhorado () Alta a Pedido
() Transferência () Evasão () Óbito

MÉDICO/CRM

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM 10932 TEOT 11/19

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CPF NO 27.176.545-5 DATA DE EMISSÃO 08/01/2009

JOSE ROBERTO MACEIÓ DE LIMA

PRENOME JOSUE FERREIRA DE LIMA

ISACIA MACEIÓ DE LIMA

NAT. PARAGUAY DATA DE NAT. 15/10/1973

PARAIBA

C.N.A.S.C. LIV A-29 FLS 213 TERM 71108

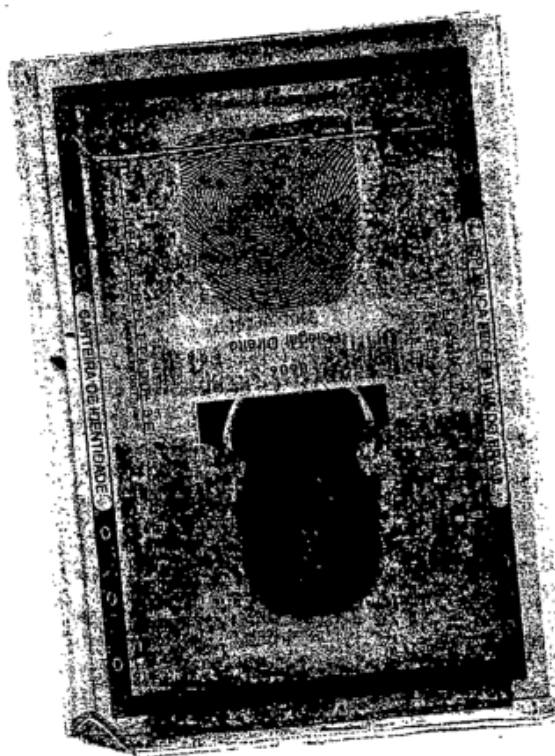
TEIXEIRA PB

CPF 225.591.204-53 PIS 12486364228

061 1 Va

LE Nº 7110 DE 2008





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 010596858725
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 455773759 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2014

NOME
GILVAN MACIEL LIMA DE FARIAS

ITAPETIM-PE

CPF/CNPJ 025.555.974-93 PLACA PEV9143

PLACA ANT./UF *****/PE CHASSI 9C2JC4820CR221712

ESPÉCIE TIPO PAS /MOTONETA COMBUSTÍVEL ALCO/GASOL

MAPA/ MODELO HONDA/125 ES ANO FAB. 2012 ANO MOD. 2012

CAP / POT / CIL 2P/124CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS

I IFVA 2014 QUITADO 1ª *****
V FAIXA 1/VA. 2ª *****
A 1 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 10F (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

LOCAL ITAPETIM DATA 23/02/14

Caio Márcio Helle Costa Oliveira
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS QUE TRANSPORTAVAM OU MAIOR SEGURO DPVAT

PE Nº 010596858725 BILHETE DE SEGURO DPVAT

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT EXERCÍCIO 2014
ELE NÃO É DE FORTE OBRIGATORIO.

CPF/CNPJ 025.555.974-93 PLACA PEV9143

GILVAN MACIEL LIMA DE FARIAS

CASA ITAPETIM-PE 56720-000

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 010596858725 EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 23/02/14

VIA 1 CPF/CNPJ 025.555.974-93 PLACA PEV9143

RENAVAM 455773759 MARCA/MODELO HONDA/125 ES

ANO FAB. 2012 CAT. TAR. 09 CHASSI 9C2JC4820CR221712

PRÊMIO TARIFÁRIO

(R\$) (R\$) (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 10F (R\$) 32% A SER PAGO PELA SEGURO

SEGURO PAGO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A
CNPJ: 09.248.608/0001-04



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190667457 **Cidade:** Taperoá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA **Data do acidente:** 21/07/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁGINAS 16, 17 E 19.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0424087/19

Vítima: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

CPF: 825.591.204-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/07/2019

Titular do CPF: JOSE ROBERTO MACEIO
DE LIMA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA : 825.591.204-53

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/11/2019
Nome: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA
CPF: 825.591.204-53

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSÉ ROBERTO NACCIO DE LIMA
 DATA DO ACIDENTE: 21/07/2019 CPF DA VÍTIMA 825.591.804-53
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA MAUOCELLI
 Nº 00 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
 CIDADE DESTERRO UF PB CEP 58.695-000
 E-MAIL MARCELO PLADU OLIVEIRA TELEFONE 83 9 96404178

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
 • MORTE = R\$ 15.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSAR WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGAR GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
 IDENTIDADE 27.176.815-5
 ASSINATURA X

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA SEGURADORA

DATA 19 NOV 2019
 NOME CAVALCANTE
 ASSINATURA X



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0424087/19

Número do Sinistro: 3190667457

Vítima: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

CPF: 825.591.204-53

CPF de: Próprio

Data do acidente: 21/07/2019

Titular do CPF: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA : 825.591.204-53

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/02/2020
Nome: JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA
CPF: 825.591.204-53

JOSE ROBERTO MACEIO DE LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/02/2020
Nome: Bruno Leonardo do Rosário Flores
CPF: 057.215.377-52

Bruno Leonardo do Rosário Flores

