



Número: **0815689-73.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

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

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37296 399	01/12/2020 09:05	<u>2769031_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	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, 14 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190028886 Vítima: CLEITON FRANCO DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2016 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLEITON FRANCO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

PPag. 01511/01512 - carta 01 - INVALIDEZ



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

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 13810806



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 09:05:54
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012010905547620000035588773>
Número do documento: 2012010905547620000035588773

Num. 37206300 Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190028886 Vítima: CLEITON FRANCO DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2016 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEITON FRANCO DA SILVA

Informamos que o pagamento da inden

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50



Recebedor: **CLEITON FRANCO DA SILVA**

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 00000039

Conta: 0000041310-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	120.917.914-82	Gleiton Franco da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012		
Nome completo:	Profissão:	CPF: 120.917.914-82
Endereço:		Número: 381 Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: Curitiba	Estado: PB CEP: 58000-000
E-mail:	Tel. (DDD):	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 39

CONTA: 41310

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que **[assinalar uma das opções]:**

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

Local e Data: Nome: CPF:	TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____
--------------------------------	---

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gleiton Franco da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Maria Yael Morelino Franco

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS.001 V001/2018

TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____	COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. Assinatura: JAN. 2019
2º Nome: _____ CPF: _____	PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA Assinatura

Caixa Poupança

Ag: 39

OP: 13

Conta 4141.310-5

Bonta do menor





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00048.01.2018.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00048.01.2018.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:28 horas do dia 26 de dezembro de 2018, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Maria Isabel Marculino Franco**, conhecido(a) por Bel, CPF nº 044.651.944-80, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero feminino, profissão Doméstica, filho(a) de Antônia Salvino e João Marculino Franco, natural de Lucena/PB, nascido(a) em 28/01/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº 138, complemento CASA NO BAIRRO DE FAGUNDES DE LUCENA, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Perto da Casa de Dona Eronildes, Conhecida Por Sorriso, na cidade de Lucena/PB, telefone(s) para contato (83) 98750-9174.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua do Bar da "bonitona", nº S/N, Via Pública, Lucena/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/08/16 21:35h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) CPB ART. 129 CAPUT C/C ART. 18 INC. I: LESÃO CORPORAL DOLOSA, CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE, CPB ART. 129 CAPUT: LESÃO CORPORAL.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo XR 250 TORNADO, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2008/2008, placa KGU-6303, chassi 9C2MD34008R024698, renavam 0097240946-7, características gerais: N°. C.r.l.v.: 013929799692; nº. P.r.t.: 20180000118733-7; nº. Lacre: 0042924723; categoria: Particular; combustível: Gasolina; placa Anterior: Kgu-6303/pe; placa Atual: Lucena/pb; alienação Fiduciária: Sem Reserva de Domínio; em Nome de Onaldo Pedro da Silva Filho.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

O SEU FILHO MENOR DE NOME CLEITON FRANCO DA SILVA, NASCIDO EM 19/01/2001, COM 17 ANOS DE IDADE, VINHA PILOTANDO O VEÍCULO JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA EM UMA RUA DE BARRO NA LOCALIDADE ONDE RESIDE, QUANDO SOFREU UM ACIDENTE DO TIPO QUEDA E SE MACHUCOU, SENDO SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO DE MIRANDA BURITY NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL, ASSINADO PELA MÉDICA DA VIGILÂNCIA À SAÚDE ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, C.R.M.:3883/PB.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepto a presente PREVIDENCIAS S.A. referida é verdade. Dou fé.

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre José Nunes de Lima
Contato: 116 - 1573560-0

PROTOCOLO
AS. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 00048.01.2018.1.05.101

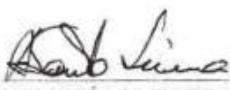
1/2



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena

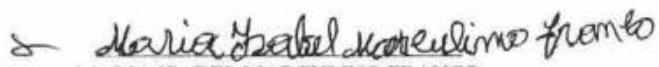


Lucena/PB, 26 de dezembro de 2018.


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA

Agenor de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Contato: 0800-157.356-0


MARIA ISABEL MARCULINO FRANCO

Noticiante



Procedimento Policial: 00048.01.2018.1.05.101

2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 09:05:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120109055476200000035588773>
Número do documento: 20120109055476200000035588773

Num. 37296399 - Pág. 6



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	120.917.914-82	Gleiton Franco da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012		
Nome completo:	Profissão:	CPF: 120.917.914-82
Endereço:		Número: 381 Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: Cabedelo	Estado: PB CEP: 58000-000
E-mail:	Tel. (DDD):	

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 39

CONTA: 41310

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gleiton Franco da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

FPS.001 V001/2018

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Assinatura: JAN. 2019

2º | Nome: _____

CPF: _____

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura



Caixa Poupança

Ag: 39

OP: 13

Conta 4141.310-5

Bonta do menor



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190028886 **Cidade:** Lucena **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLEITON FRANCO DA SILVA **Data do acidente:** 20/08/2016 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA ESQUERDA.

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



✓ FEITO MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLE : HOSPITALAR MANGABEIRA
R: AGA FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 878869 Atd: Nao Regula
Data: 20/08/2016
Hora: 21:35:12
Repcionista: GISELE ETELVINO DE AL
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE
Nome: CLEITON FRANCO DA SILVA
CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: 0000 Fone: 988945665
Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 19/01/2001 Id: 15 ano(s)
End.: RUA MARIA RITA,138
Bairro: FAGUNDES Cidade: LUCENA UF :PB
Pai: ONALDO PEDRO DA SILVA FILHO
Mae: MARIA ISABEL MARCULINO FRANCO
Ocupação:
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: MAE
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: BAIRRO FAGUNDES

Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuario: 2016.08.001746

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: VITIMA DE COLIZAO MOTO XCARRO HJ AS 17:30// MORENO

Vitima de violência por: ENS, FUND. INCOMP.

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:
PA: FR:
PC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politrauma [] Convulsao
[] Hemorragia [] Displasnia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocasiao
[] Dolor [] Observado
11 JAN. 2019
AG PROTOCOLO
JOAO PESSOA

Exa Principal

Paciente VITIMA DE COLIZAO MOTO XCARRO HJ AS 17:30.

NECA FER KALMO A CORTE.

Dra Josiane Pereira da Silveira
Enfermeira
COREN/PB 350136

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico) 11h00 do dia 11 JAN. 2019. Negativo de sangramento interno TCC. Représ dor em m/3 e dor no abdômen, náuseas e vômitos.

Diagnóstico

Conduta

Suspeita contusão

11h00 do P. exame
a Unidade médica

Prescrição

Horário da medicação

EDILSON CARLOS PEREIRA
ASP. OF. 113-CRMF
IDT 070514707-2



#0N.TOP60K#

Possente obra de audente rotundidade:
São os homens, evolução dos e pratos?
Ao exame: Muitos fumadores e poucos
fumadoras.

Data e Hora PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Hora PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Nr. Tratamento dos anos de permanência (exemplo) CAF.

CO: Orientações
Folha de pagamento
UPM
Centro econômico

SST 5.000 U\$ 5M

Cefalotina 2g + D6U

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

COMPREV
SEGUROSE PREVIDENCIA S/A.
1 JAN. 2013
PROTÓCOLO
AG. JOÃO COELHO PESSOA

PROCEDIMENTO REALIZZATO

DESTINO DO PACIENTE

- [] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Sá a pedido [] Enfermaría Óbito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CLEITON FRANCO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00039

CONTA: 000000041310-5

Nr. da Autenticação B4ADEBD419D0705C



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 09:05:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120109055476200000035588773>
Número do documento: 20120109055476200000035588773

Num. 37296399 - Pág. 12



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 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 SUSEP¹ 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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reasseguro.

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

Pelo exposto, eu, Alexandra Gehr Duarte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 016502 754 / 74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Bleitan Franco da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 120 917 914 / 82, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Bleitan Franco da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 120 917 914 / 82, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Colaboradora Renda: Vitimizada e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova da residência juntamente à 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	<u>Rua Agente Fiscal José C. Duarte</u>	Número	<u>157</u>	Complemento
Bairro	<u>Changabira</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado
Email		Telefone comercial(DDD)		CEP <u>58056-384</u>

João Pessoa, 01 de Fevereiro de 2019
Local e Data

Alexandra Gehr Duarte
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ONALDO PEDRO DA SILVA FILHO,

RG nº 24.14144, data de expedição 08/04/1997

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 031.196.564-45, com
domicílio na cidade de MICENA, no Estado de

SERRABIA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Kra; MATILDE RHA, nº 26.

complemento ENQUERÊS declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Eleitor Franco da Silva cujo o condutor era Eleitoro Franco da Silva

Veículo = Moto

Véiculo: = MOTO
Modelo: = HONDA/XR 250 TORNADO
Ano: =

Ano: 2008
Placa: 8L0078

Placa: ~ QUNA Chassi: ~ FGU 6303/PB

Data do Acidente: 02/08/2008

Local e Data: Aracaju - SE - Abrol 2018

— 7 —

Oinaldo Pedro de Silva Filho

Assinatura do Declarante

SELO DIGITAL
AGS24161-8NRM
Consulte Autenticidade em:
<https://selodigital.tce.rj.gov.br>

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

CARTÓRIO CUNHA DOS SANTOS
PRAÇA CUNHA DOS SANTOS

Jean São José 471
Freguesia - Lucas - PB
Latitude: 07° 52' 00" S - Longitude: 39° 55' 00" W

Cartório de Registro Civil e Tabelaria
Iraci Cunha dos Santos
Oficial e tabelião
Rua São José, 174 - Fagundes - Litorânea/PB
Fones: (83) 3203-1986 / 3203-5105

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
11 JAN. 2019
PROTOCOLO
AQ. JOÃO PESSOA





CERTIDÃO

Nº. 0757/2018

Atendendo solicitação de **MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA** 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 Nº 878869 prontuário Nº 2016.08.1746 pertencentes à **CLEITON FRANCO DA SILVA** que foi atendido dia 20/08/2016 ás 21H35min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

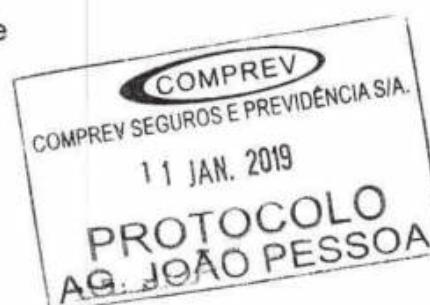
Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de ossos da perna esquerda. Realizado cirurgia dia 21/08/2016 e alta médica 23/09/2016.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à Saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 18 de maio de 2018.

Rosangela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Cláudia Franco</u>		Data da Admissão: <u>21 / 08 / 16</u>
Prontuário:	Idade:	Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____		
Endereço: _____	Bairro: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____	Data de Nascimento <u>/ / </u>	
QPD: _____		
HDA: <u>doença nervosa trq -</u>		
Medicações em uso: _____		
Interrogatório Sintomatológico:		
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso <u>50</u> Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: <u>COMPREV</u>		
Pele: _____ <u>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A</u>		
Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: <u>1 JUN 2019</u> Visão: _____		
AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispnéia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema <u>AG - JOÃO PESSOA</u> Outros: _____		
ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume		
AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____		
SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos		
SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor _____		

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Tainha []HTF
 []Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS * DM TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:Peso: ____ Kg Altura: ____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg
 FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: RxHipóteses Diagnósticas: Fist ap. de fibra trqConduta: Cinza



RELATÓRIO DE CIRURGIA

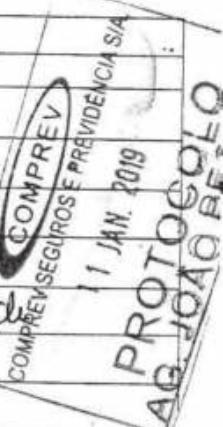
Nome: <u>Alethair Franco</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	1º Assistente:			Dr. Marca Nogueira
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Horário: I: T:			
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Frat exposta de perna tra</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>O membro</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Trat. cirúrgico d' frat</u>					
<u>dep. de ona d. perna tra.</u>					
				COMPREV® COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A	
				11 JAN. 2019	
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 () Não		Descreva: <u>PROTOCOLO</u> <u>AG. JOÃO PESSOA</u>	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Flacente em NYLT sob anestesia



Incisão:

Desmendamento de TO em 113 mm
de peito eq.

Achados:

Frat exp de fibra eq.

Conduta:

Toracoplastia c/ SF

Fechamento:

de pell com Nylon 2,0

Talo coxo - protético

OBS:

Não tinha batente de motor no serviço
para realização de Ynot degrau

Data: 08/08/16

MÉDICO/CRM

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 09:05:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120109055476200000035588773>
Número do documento: 20120109055476200000035588773

Num. 37296399 - Pág. 20



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Cláudia Fernandes da Silva				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	Dr. TORRES			1º Assistente: Gervásio
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista: Dr. BOMBO	Tipo Anestesia:	Horário: I: T:			
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
Fratura colo do fêmur Dr. Torres (R)					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
TTE clavícula em forma de S					
Osteosíntese					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1() Sim 2() Não				Descrição: PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA	COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS
Biópsia de Congelação: 1() Sim 2() Não					11 JAN. 2019
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1() Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua An. Fiscal José Costa Duarte, 511 - Centro - PB - 58010-000 - Telefones: (83) 3222-1000 / 3222-1001

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Jacaré em Decubito Privilégiado
Perna direita
Perna assentada

Incisão:

Incisão longitudinal da

COMPRENSÃO
 COMPRENSÃO
 SEGURO E PREVIDENCIAS
 11 JAN. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOAOPESSOA

Achados:

Luxação da Perna do lado

Conduta:

- Reduzir o luxo articular
- Fixar
- Alinhamento das articulações
- Tratar

Fechamento:

Sutura com 70.0 Fibrin

OBS:

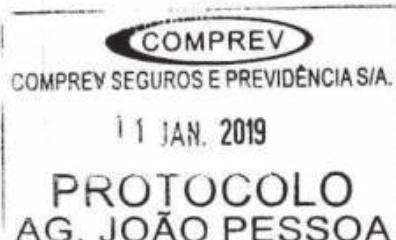
Data: 21/08/10

Dr. Jorge Augusto
 Ortopedia / Traumatologia
 Médico do Trabalho
 CRM 27.113
 MÉDICO/CRM





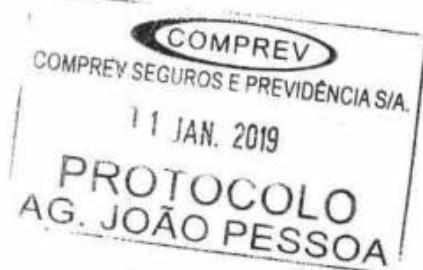
PROIBIDO PLASTIFICAR
894056231





COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
11 JAN. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 09:05:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120109055476200000035588773>
Número do documento: 20120109055476200000035588773

Num. 37296399 - Pág. 25

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras da forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Maria Isabel Marculino Franco
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 27.915.36
CPF: 044.651.944-80
Profissão: doméstica
Endereço: Rita Ribeiro de Vasconcelos, 138
CEP: 58316-000
Telefone: (83) 98663-4900 - 99342-1170

OUTORGADO:

Nome: Alexandria Abreu Duarte
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Casada
Identidade: 26.277.38
CPF: 046.502.751-71
Profissão: advogada
Endereço: Agente Fiscal José Basto Duarte, 157
CEP: 58058-389
Telefone: (83) 98663-4900 / 99342-1170

Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perda médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Suelton Franco da Silva

Fagundes, 20-12-18

Lugar e data

Maria Isabel Marculino Franco

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

CARTÓRIO CUNHA DOS SANTOS
Serviço Notarial e Registral

Reconhecido por mim, notaária, a(s) Fim(s) de 20 de dezembro de 2018, na forma de REGISTRO DE AUTENTICAÇÃO DE AUTÓGRAFO, conforme autógrafo arquivado neste Ofício.
Fagundes - Lucena - PB, 20-12-2018 em Testemunho da Verdadeira.

Rua São José, 474 - Fagundes - Lucena - PB - Tels. (83) 3293-1288/3293-9908 - ESCRITÓRIO: PROCURAÇÕES, RECONHECIMENTO DE FIRMAS E COPIAS AUTENTICADAS



SELO DIGITAL
AHW88185-ELNK
Condução Autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.us.br>



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 09:05:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120109055476200000035588773>
Número do documento: 20120109055476200000035588773

Num. 37296399 - Pág. 26

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0013005/19

Vítima: CLEITON FRANCO DA SILVA

CPF: 120.917.914-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/08/2016

Titular do CPF: CLEITON FRANCO DA SILVA

Seguradora: INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

Comprovante de residência
Documentos de identificação
Procuração

CLEITON FRANCO DA SILVA : 120.917.914-82

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 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: 11/01/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/01/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 09:05:54
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120109055476200000035588773>
Número do documento: 20120109055476200000035588773

Num. 37296399 - Pág. 27