



Número: **0823444-22.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **10ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **02/05/2018**

Valor da causa: **R\$ 3.037,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37720 220	11/12/2020 09:43	<u>2772816_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

José Marcos Pereira de Melo

CPF da Vítima

413.792.904-4920-02-17

Data do Acidente

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 atende 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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau de 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.

Santa Rita, 01 de setembro de 2017

Local e Data

07 FEV. 2019
PROTOCOLO
JOÃO PESSOA

JOSÉ MARCOS PEREIRA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DE MELLO
DALLOO1 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Ato declaratório

CERTIDÃO

Nº. 0764/2017

Atendendo solicitação de EVANDRO GONÇALVES DO NASCIMENTO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 7916 e Prontuário Nº 2017.02.00448 pertencentes a JOSÉ MARCOS PEREIRA DE MELO que foi atendido dia 21/02/2017 às 00h12min, encaminhado do Hospital de Trauma, vítima de acidente de moto, apresentando trauma em perna direita.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna direita. Procedimentos cirúrgicos realizados nos dias 14/03 e 12/04/2017. Alta dia 26/04/2017.

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

João Pessoa, 12 de Junho de 2017

Sônia
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



CICERA MENDES DE MELO
ST. JIREMA 291-ÁREA RURAL
MAMANDUAPÉ/PB CEP: 58260000 (AG. 14)

Emissão: 16/12/2017 - Referência: Dez/2017
Classe/Símbolo: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO B120, Km:25 - Cidade Recife/PE - CEP:50010-490
Proíbo: 3+14 - 187-8120 N° medidor: 00000763111
CNPJ:08.096.180/0001-40 - Inf. Est: 16.015-0240

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°: 0.675.594
Céd. para Débito Automático: 200001180828

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAMI
Dez / 2017	16/12/2017	16/01/2018	2380388407 Int. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/615085-8

Canal de contato

Diversão com segurança é o que as crianças devem ter sempre.
Nunca encoste suas mãos nos fios da rede elétrica e não esqueça de sempre ficar longe da rede. Brinque de justificativa
metálica para encostar nos fios. Com segurança, tudo é brincar.

	Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
	Data	Leritura	Data	Leritura	
Demonstrativo					
001 Descrição Quantidade Tarifa: Vitr. Base Calc. Al. Impo(RB) Base Calc. Pode(RB) Colmo(RB) Tributos Total(RB) ICMS(RB) ICMS Pode(Calculo(RB) 0,0000% (0,7255%)					
0801 Consumo em kWh	71.000	0.70/1800	49,82	49,82 29 12,45 49,82 0,40 1,85	
0801 Adic B Vencimento			2,82	2,82 29 0,98 3,80 0,03 0,15	
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS					
0911 CONTA DE JUROS E TAXAS	7,15	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00	
0914 JUROS DE IPVA 2017	0,00	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00	
0905 MULTA 11/2017	1,16	0,00	0	0,00 0,00 0,00 0,00	

CCO (Código de Classificação do item)	TOTAL	59,14	63,75	13,42	63,75	0,43	3,00
Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR					
75	22/12/2017	R\$ 63,14					

Histórico de Consumo (kWh)

19 | 71 | 72 | 73 | 74 | 85 | 72 | 84 | 98 | 77 | 88 | 90 | 90 | 93
Nov/17 Out/17 Set/17 Ago/17 Jul/17 Jun/17 Mai/17 Abr/17 Mar/17 Fev/17 Jan/17 Dez/16

c133.b7e9.b546.8de3.b8c5.5777.b8ee.fe75.

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIANERAL	19,17	0,71
DIANOTRIMESTRAL	29,94	NOVAFAL
DIANOTAN	92,98	220
DIANOTOTAL	71,22	CONTRATADA
DIANOTRIMESTRAL	18,24	LIMITESUPERIOR
DIANOTAN	32,43	LIMITESUPERIOR
DISC	7,95	202
DISC	0,71	351
DOAR	19,60	

Descrição	Valor (R\$)	%
Empréstimo Est. da Energia/79	12,45	19,88
Comissão de Gestão	0,35	0,52
Serviço de Transmissão	2,10	3,22
Encargos Sociais	0,79	1,20
Imposto Distrital e Encargo	29,82	47,32
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	63,14	100,00

ATENÇÃO

Contas em atraso



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**.

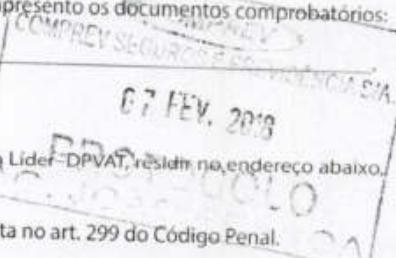
¹Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

²Conselho 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandre Cesar Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.500.754-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário José Marcos Pereira de Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.792.904-49, do sinistro de DPVAT cobertura invalido da Vítima José Marcos Pereira de Melo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 713.792.904-49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____

é apresento os documentos comprobatórios:



Endereço	<u>Av. Maria Rosa</u>	Número	<u>58</u>	Complemento	<u>-</u>
Bairro	<u>Mamanguá</u>	Cidade	<u>João Pessoa</u>	Estado	<u>PB</u>
Email	<u>alexandrecesar.duarte@hotmail.com</u>	Telefone comercial (DDD)	<u>83-99105-5563</u>	Telefone celular (DDD)	<u>98663-4900</u>

João Pessoa, 05 de Devereiro de 2018

Local e Data

Alexandre Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

DDOFL001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rogerio Gomes da Silva,
RG nº 2.981.863, data de expedição 21/02/2002
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 071.170.204-74 com
domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R: 57º Trilho, nº 101,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima José Alarcos Pereira de Melo cujo o condutor era
José Alarcos Pereira de Melo.

Veículo: moto
Modelo: YAMAHA YBR 125K
Ano: 2006
Placa: MOI4318/PB
Chassi: 9C6KE092070071388
Data do Acidente: 20-02-17
Local e Data: Santa Rita, 25.01.18

Rogerio Gomes da Silva

Assinatura do Declarante

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



Alessandro Rolina Dantas
Escrevente Autorizado





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: José Marques P. Melo Data da Admissão: 20/02/17
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M (2) Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: / /

QPD: Dor e deformidade em joelho D
HDA: Perante com dor, soleira e
lateralmente, dor no joelho, dor no
tornozelo, dor no pé, dor no dedo de meia

Medicações em uso: _____

COMARCA DE SÉCULOS - PB
07 FEV. 2018
PROTÓCOLO

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ 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 []Sonoilência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>João Manoel P. de Melo</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <i>12.04.17</i>	Cirurgião: <i>DR JAILDOU SANTOS</i>	1º Assistente:			
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <i>DR. JOSÉ GOMES</i>		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>FEMEUTO EM PÉ ENF.</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O MÊMO</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>EMERGÊNCIA TOTAL EM PÉ ENF.</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	Descriva:		<i>COMPREVENDO 07 FEV. 2018 PROTÓCOLO</i>
Biópsia de Congelação:		1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico					



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>João Maicon P. Melo</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <i>Roberto Drmo</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia: <i>gáx</i>		Horário:	I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Algo de cistos no fígado.</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Debridamento cirúrgico</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Sim 2 (<input type="checkbox"/>) Não		Descriva: <i>07/02/2018</i>	
Biópsia de Congelação:		1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>José Marcos Pereira de Melo</u>				Registro: <u>2014024443</u>
Idade: <u>43</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u>P</u>	Clinica: <u>04P</u>	EMP: _____ LR: _____
Data: <u>14/03/18</u>	Cirurgião: <u>Dr. Rodrigo Amorim</u>			1º Assistente: <u>Dr. Roberto S. J.</u>
2º Assistente: _____	3º Assistente: _____	Instrumentador: <u>Ana Raquel</u>		
Anestesista: <u>Dr. Alisson</u>	Tipo Anestesia: <u>Alcur</u>		Horário: <u>I:</u>	<u>T:</u>

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fratura das ossas da perna (D)

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O mesmo

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

Redutor cruento + fixações
internas com placa e parafuso.

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	Descriva: <i>67 FEV. 2018</i>
Biópsia de Congelação:	1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não	<i>COMPROVANTE DE PREVIDÊNCIA</i> <i>PROTÓCOLO</i>
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2 (<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3 (<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico		

20/02/17 21:00

BUF

Paciente apresentando edema +2/4+ e equimose periorbita (D).
No exame clínico observado. Foi um supurativo D

sem raios X para ferida

CD: Agendamento oportunidade de sutura
Em tempo, realizada sutura
CD: Sutura feita.
CD: Sutura feita.
CD: Sutura feita.

Rodrigo Nunes Ribeiro Neto
Cirurgia Buco-Maxilo-Facial
DTM e DCR Otorrinolaringologista
CRM-PB 3057

Untos pedos 20/02/17 22:00h

Paciente vítima de
acidente de moto (SIC)
apresenta fratura exposta
na tíbia (D) 1/3 médio
sem vaso e liberado pelo
MF e cirurgia geral

CD: Ao Odontologista
em negociação de
saudade como profissão.
CD: Fratura 2g EV. aguda
SAT 0,5 mts I.M.
- falso ingênuo profissional

Dr. Rodrigo Castro de Amorim
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PB 30471/CE 3331



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob efeitos anestésicos
- 2) Antissepsia + assepsia MIO

Incisão: 3) Incisão anterior longitudinal 1/3 médio perna ①

4) Dissecção pr. para aferir planos ósseos

Achados:

- 5) Fratura cominutiva do 1/3 médio da tíbia ①

Conduta: 6) Reduzir avanço da fratura do fêmur ①

7) Fixar com fios PCP longos 12 fios + 08 profissos calafetados 4,5 mm

8) Hemostasia + limpeza cirúrgica

9) Sutura pr. para + pele perna ①

Fechamento:

OBS:

Data: 14/03/14

Dr. Rodolfo Costa Duarte
CRM-PB

MÉDICO/CRM

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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

DT
Amb

Incisão:

Balmeo fang

Achados:

Dsgmank

Défumamento

Fechamento:

Cera art

OBS:

21/03/15

Data:

Dr. Edilson Oliveira
Cirurgião-Dentista
CRM-PB 1608 / RQE 124
MÉDICO CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

pac em decúbito dorsal ant.
inspeção e antissepsis e colocação dos campos

Incisão:

Achados:

?

Conduta:

remoção de enxerto do retalho de retalho

2 enxertos segudos e subfasciais e colocação de enxerto
e fixados o enxerto 4 mantes 3.0 e 4.0

?

Fechamento:

OBS:

Data: 12/04/12

Dr. Jailson Dantas
Cirurgião Plástico
CRM/PB MEC
MEDICO/CRM

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

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []JDM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____ ♦ _____

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

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: *Fractura exposta das art. da
perna* ①Conduta: *internação hospitalar*
Dr. Everleno
CRM-PB

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Orde | Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

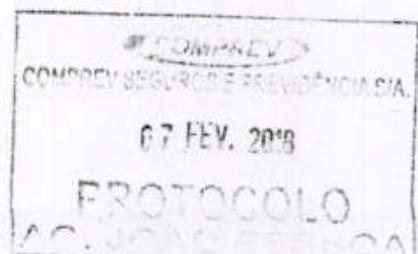
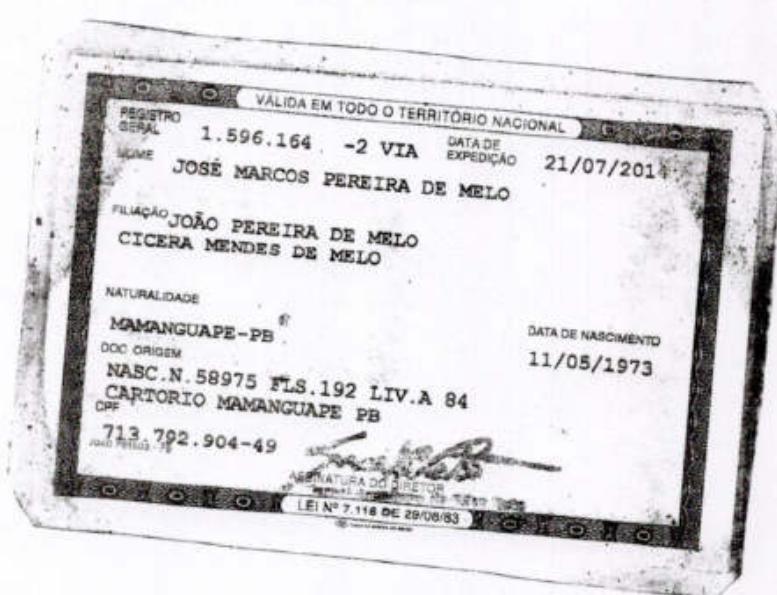
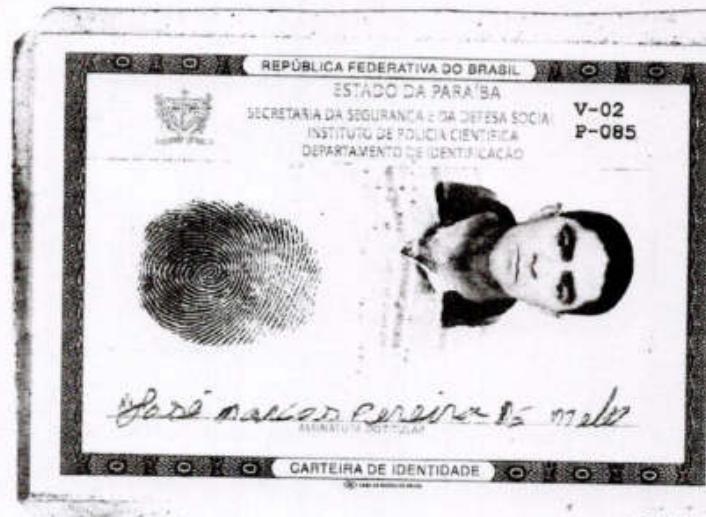
DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico







PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180075710 **Cidade:** Mataraca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO **Data do acidente:** 20/02/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA Perna DIREITA E FERIMENTO DE PARTES MOLES DO PÉ ESQUERDO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZ CIRÚRGICA NA Perna DIREITA E PÉ ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO E PÉ ESQUERDO, DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍTESE COM PLACA E PARAFUSOS NA Perna DIREITA E REPARAÇÃO DE PERDA DE SUBSTÂNCIA DO PÉ ESQUERDO COM CIRURGIA PLÁSTICA E ENXERTO DE PELE. HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DA Perna E RESOLUÇÃO DO FERIMENTO DO PÉ COM ENXERTO DE PELE, PORÉM RESULTOU EM CLAUDICAÇÃO DA MARCHA À DIREITA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO E PÉ ESQUERDO, DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E PÉ ESQUERDO. SEM COMPLICAÇÕES.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADA DO MID. LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 02/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Bartolomeu Pinto Rabelo

CRM do médico: 4518

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			47,5 %	R\$ 6.412,50



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 09:43:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121109432564300000035983994>
Número do documento: 20121109432564300000035983994

Num. 37720220 - Pág. 21

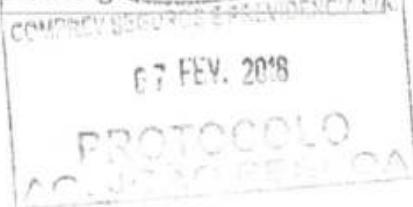
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Jose Marcos Pereira de Melo, brasileiro(a), estado civil Mototaxista, profissão mototaxista, CI RG nº 1-596.164, CPF/MF nº 713.792.904-49, residente e domiciliado(a) à Rua Sítio Juvenal, 5/n - Área rural, Cidade de Mamanguape, Estado Paraíba, CEP: 58280-000, telefone 38638-7210, *98663-4900 .99105-5363

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Av. João Machado, 399, centro, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

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



Santa Rita, 01 de setembro de 2017.

JOSÉ MARCOS PEREIRA DE MELO

OUTORGANTE



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO**

Nº Sinistro: **3180075710**
Vitima: **JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO**
Data do Acidente: **20/02/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ALEXANDRA CESAR DUARTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180075710**.

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

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

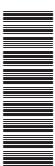
Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12393716

00010939




Rio de Janeiro, 23 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO

Sinistro: 3180075710
Vítima: JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO
Data do Acidente: 20/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número 3180075710 foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

Carta nº 12491319

A/C: JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3180075710 ASL-0050340/18
Vitima: JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO
Data Acidente: 20/02/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV** **SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Abril de 2018

Carta nº: 12611999

A/C: JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO

Nº Sinistro: 3180075710
Vitima: JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO
Data do Acidente: 20/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO

Valor: R\$ 6.412,50

Banco: 104

Agência: 000000044

Conta: 000000108478-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	6.412,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL:

CPF da Vítima

713.792.904-49

Nome completo da vítima

Jose Marcos Pereira de Melo

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Jose Marcos Pereira de Melo	713.792.904-49	motorista
Endereço	Número	Complemento
Sítio Juverna	51/N	
Bairro	Estado	CEP
Área rural	PB	58280-000
Email	Telefone (DDD) 98663-4900	
alexandracorraduata@hotmail.com	07 Feb. 2013	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome _____ NRO. _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA NRO. _____ D/V. _____ CONTA NRO. _____ D/V. _____	
AGÊNCIA NRO. 0044	D/V. _____	CONTA NRO. 001084783	D/V. _____
(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.

Santa Rita 01 de Setembro de 2017

Local e Data

JOSE MARCOS PEREIRA DE MELO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 09:43:25
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121109432564300000035983994>
Número do documento: 20121109432564300000035983994

Num. 37720220 - Pág. 28

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180075710
Nome do(a) Examinado(a): Jose Marcos Pereira de Melo
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Jurema, S/N
Zona Rural Mamanguape PB CEP: 58280-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PB] 1596164
Data local do acidente: [20/02/2017]
Data local do exame: [02/03/2018] Joao Pessoa [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DOS OSSOS DA Perna DIREITA E FERIMENTO DE PARTES MOLES DO PÉ ESQUERDO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

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

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍSE COM PLACA E PARAFUSOS NA Perna DIREITA E
REPARAÇÃO DE PERDA DE SUBSTÂNCIA DO PÉ ESQUERDO COM CIRURGIA PLÁSTICA E ENXERTO DE PELE.**

Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.

Data da Alta: 21/07/2017

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

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA CLAUDICAÇÃO DA MARCHA, CICATRIZ CIRÚRGICA NA Perna DIREITA E PÉ
ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO TORNOZELO DIREITO E PÉ ESQUERDO, DEFÍCIT DE FORÇA
MOTORA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E PÉ ESQUERDO.**

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

(X) Sim **Não**

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

(X) Sim **Não**

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

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

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

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

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

"Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

"Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

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

Região Corporal (Sequela):

PÉ - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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


Dr. João Bartolomeu Pinto Rabelo
CRM/PB - 4518

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/12/2020 09:43:25
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20121109432564300000035983994
Número do documento: 20121109432564300000035983994

Num. 37720220 - Pág. 29



GOVERNO DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Ocorrência nº. 0195/2017

Aos VINTE E UM dias de AGOSTO de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de MATARACA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **THIAGO DE VASCONCELOS SANDES**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, ai, por volta 11h:41min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

JOSÉ MARCOS PEREIRA DE MELO, conhecido por **ZECA**, Identidade nº 1.596.164-2^a VIAS-SSDS/PB, CPF nº 713.792.904-49, nacionalidade Brasileiro, estado civil: Solteiro, filho(a) de João Pereira de Melo e de Cícera Mendes de Melo, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 11/05/1973 (44 anos de idade), do sexo Masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, s/nº, Sítio Jurema, Zona Rural, tendo como ponto de referência: próximo a senhora Santinha, na cidade de MAMANGUAPE/PB. Tel. 83 98618-7210

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de **FALSIDADE IDEOLÓGICA** (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: ACIDENTE DE MOTO;
- 2) DATA DO FATO: 20/02/2017;
- 3) HORÁRIO: 15h:00min;
- 4) LOCAL: próximo a Usina Agincam;

5) BREVE RESUMO DO FATO:

Que na data citada acima, estava a caminho de sua residência em sua Moto Marca/Modelo YAMAHA YBR 125K, ANO 2006, COR PRETA, PLACA MOI 4318/PB, CHASSI 9C6KE092070071388, RENAVAM 0089982846-9, o noticiante afirma que ainda não passou a documentação da referida moto para o seu nome, o documento se encontra no nome de Rogério Gomes da Silva; que no local citado houve um abalroamento entre sua referida moto e outra moto, causando Trauma na perna direita, conforme Certidão nº0764/2017, ficha de atendimento ambulatorial nº 7916, prontuário nº 2017.02.00448, do Complexo hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

JOSÉ MARCOS PEREIRA DE MELO

Noticiante

(Assinatura)

Hyamene Domingues de Menezes Lyra
Escrivã AD-HOC

