



Número: **0846247-28.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/09/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LUCIANO FELIPE (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38482 495	18/01/2021 15:18	<u>2776616_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, 16 de Julho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200247294 Vítima: LUCIANO FELIPE

Data do Acidente: 09/04/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCIANO FELIPE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00779/00780 - carta_01 - INVALIDEZ



Carta nº 15946701



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:18:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011815185100500000036696205>
Número do documento: 21011815185100500000036696205

Num. 38482495 - Pág. 1



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, 17 de Julho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200247294 Vítima: LUCIANO FELIPE

Data do Acidente: 09/04/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LUCIANO FELIPE

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

Boletim de ocorrência	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.

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.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendingentes.seguradoralider.com.br>

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. 01837/01838 - carta_03 - INVALIDEZ



00050919

Carta nº 15951809



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:18:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011815185100500000036696205>
Número do documento: 21011815185100500000036696205

Num. 38482495 - Pág. 2



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, 26 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200247294 Vítima: LUCIANO FELIPE

Data do Acidente: 09/04/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCIANO FELIPE

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\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: LUCIANO FELIPE

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 033

Agência: 000004186

Conta: 000001040957-1

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, 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

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

2 - N° do sinistro ou ASL: **018.785.344-40** 3 - CPF da vítima: **018.785.344-40** 4 - Nome completo da vítima: **Luciana Felipe**

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

5 - Nome completo: **Luciana Felipe** 6 - CEP: **038.785.344-40**
 7 - Profissão: **Recepcionista** 8 - Endereço: **Av. São Luiz Guarabira** 9 - Número: **69** 10 - Complemento:
 11 - Bairro: **São José** 12 - Cidade: **São Paulo** 13 - Estado: **SP** 14 - CEP: **58300-000**
 15 - E-mail: **(83) 98663-4900**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (informar 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: **Santander**

AGÊNCIA: **4186** CONTA: **030409571**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu fui intitulado, respeitando o dia, desconto e somente após a efetivação do crédito, restante total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, volto a prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação aportada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica feita pela Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.294/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

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

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

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou marido/mulher? Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou pais/avós/vós? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **João Pessoa - PB 13/07/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 V002/2019



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 039533.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 039533.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettowen Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 09:31 min do dia 29/06/2020, na Delegacia Online, **LUCIANO FELIPE**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AJUDANTE GERAL, natural de Guarabira, nascido(a) em 10/10/1975, idade 44, estado civil Casado (a), de cor Parda, filho(a) de MARGARIDA FELIPE e NAO DECLARADO, CPF 018.785.344-40, residente e domiciliado(a) no(a) TRAVESSA SAO LUIZ, nº 69, bairro SAO JOSE, na cidade de Guarabira/PB. CEP: 58200000, telefone(s) 83987150366, registrou o seguinte:

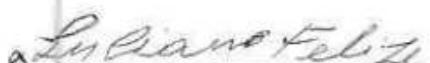
Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 09/04/2020 06:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL PB73, DISTRITO INDUSTRIAL, Guarabira/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto YAMAHA YBR 125K, ANO/MOD 2008/2008, COR VERMELHA, PLACA MOD 3696-PB, CHASSI 9C6KE092080199230 , em nome de RAFAEL PEDRO DA SILVA, quando trafegava pela rodovia, um cavalo apareceu na pista vindo a colidir caindo ao solo, sendo socorrido por terceiros para o Hospital Regional de Guarabira e transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira.

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



LUCIANO FELIPE

BAD482B5E7C366B31D3C0E88C1A0CBE

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 039533.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 039533.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Bettown Carvalho de Oliveira, matrícula 1560000 cujo teor passo a transcrever na íntegra; às 09:31 min do dia 29/06/2020, na Delegacia Online, **LUCIANO FELIPE**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AJUDANTE GERAL, natural de Guarabira, nascido(a) em 10/10/1975, idade 44, estado civil Casado (a), de cor Parda, filho(a) de MARGARIDA FELIPE e NAO DECLARADO, CPF 018.785.344-40, residente e domiciliado(a) no(a) TRAVESSA SAO LUIZ, nº 69, bairro SAO JOSE, na cidade de Guarabira/PB. CEP: 58200000, telefone(s) 83987150366, registrou o seguinte:

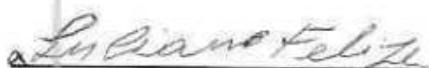
Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 09/04/2020 06:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL PB73, DISTRITO INDUSTRIAL, Guarabira/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto YAMAHA YBR 125K, ANO/MOD 2008/2008, COR VERMELHA, PLACA MOD 3696-PB, CHASSI 9C6KE092080199230 , em nome de RAFAEL PEDRO DA SILVA, quando trafegava pela rodovia, um cavalo apareceu na pista vindo a colidir caindo ao solo, sendo socorrido por terceiros para o Hospital Regional de Guarabira e transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira.

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



LUCIANO FELIPE

BAD482B5E7C366B31D3C0E88C1A0CBE

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br. Tel. (83) 3612-8612 (8h-18). E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



Declaração a Líder DPVAT

Prezados informo que devido o período de pandemia, as delegacias do Estado da Paraíba não estão fazendo Boletim de Ocorrência de forma presencial. Para que não venham a prejudicar as vítimas de quaisquer que seja as ocorrências, foi criado o Bo emergencial conforme print que segue não se trata de Bo online. Tal documento tem a mesma veracidade de um BO feito em uma delegacia física.

The screenshot shows the homepage of the Delegacia Online PB website. At the top, there is a banner with the text "ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL Delegacia Online". Below the banner, there are three main sections: "Perguntas" (Questions), "Boletim de Ocorrência" (Emergency Report), and "Avisos" (Notices). The "Perguntas" section contains several frequently asked questions. The "Boletim de Ocorrência" section lists five types of incidents: Registro BO (Periodo Emergencial), Acidente de Trânsito, Extravio ou Perda, Furto Simples, and Pessoas Desaparecidas. The "Avisos" section contains information about false communication to the police and Article 340 of the Brazilian Penal Code.

Todas as ocorrências registradas passam por análise da delegacia física, e o BO é encaminhado para o e-mail do declarante com protocolo e senha para consultar a veracidade do mesmo. O Bo impresso vem com QR COD e numeração para consultar a veracidade.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 018.785.344-40 4 - Nome completo da vítima: Iuciana Felipe

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

5 - Nome completo: Iuciana Felipe 6 - CEP: 038.785.344-40
 7 - Profissão: Recuse 8 - Endereço: Trav. São Luiz Guarabira 9 - Número: 69 10 - Complemento:
 11 - Bairro: São José 12 - Cidade: Guarabira 13 - Estado: MS 14 - CEP: 58300-000
 15 - E-mail: (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Incluir nome para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itau (341)	Name do BANCO: <input type="text"/> Santander
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> 4186 CONTA: <input type="text"/> 030409571
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu fui intitulado, respeitando o dia, desconto e somente após a efetivação do crédito, restação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, volto a prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação aportada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica feita pela Seguradora Líder para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.294/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

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

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

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar: Sim Não 30 - Vítima deixou: Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar: Sim Não 33 - Vítima deixou: Sim Não
 teve filhos? Viveram Faleceram Viveram Faleceram Viveram Faleceram Viveram Faleceram

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão 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 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:
 CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:
 CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 13/07/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 V002/2019



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: 19/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCIANO FELIPE

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04186

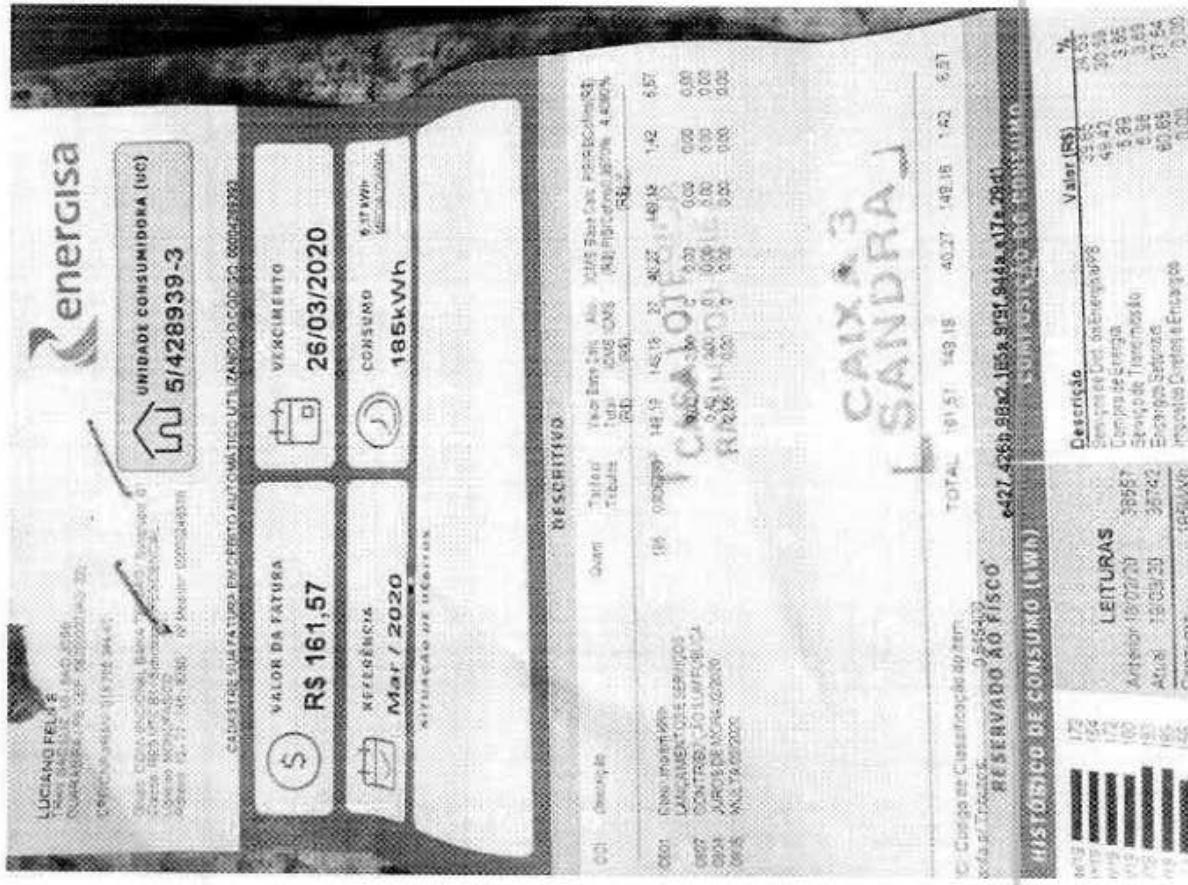
CONTA: 000001040957-1

Nr. da Autenticação 9F401F900521810C



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:18:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011815185100500000036696205>
Número do documento: 21011815185100500000036696205

Num. 38482495 - Pág. 9



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:18:51
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101181518510050000036696205>
Número do documento: 2101181518510050000036696205

Num. 38482495 - Pág. 10



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME :LUCIANO FELIPE					PRONTUÁRIO N°
IDADE 44A	SEXO: Masc	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO 09/04/2020			DATA DE ALTA 14/04/2020	TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Luxação de Galeazzi DIREITO + FRATURA DO 5 METACARPO DIREITO</i>					CID <i>S52 + S 62</i>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea da diáfise do rádio + FRATURA DO 5 METACARPO DIREITO</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO	COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO				
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ÓBITO	() REMOVIDO	() A PEDIDO	() CURADO	()	

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador (a) de fratura luxação de galeazzi DIREITO + FRATURA DE 5 METACARPO DIREITO de foi submetido(a) a tratamento com redução cruento com fixação interna com placa e parafusos E FIO DE KIRSCHNER. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: CEFALEXINA, PROFENID, DIPIRONA

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. DR:ANDRE RIBEIRO

Antônio F. S. Neto
Médico
CRM / GO - 12.472





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <i>Luvino Feliz</i>	Data da Admissão: _____ / _____ / _____		
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____			
Endereço: _____	Bairro: _____		
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Profissão: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Religião: _____
Escolaridade: _____		Data de Nascimento _____ / _____ / _____	
OPD: <i>Dor articular</i> (5)			
HDA: <i>Ajedente automotriz c/ dor + oleflúndolo em antebraço</i> (1)			

Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e 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 []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: _____ []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: RnHipóteses Diagnósticas: Fo ob galedsgjConducta: Indicar o/ procedimento cirúrgico



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>LUCIANO FELIPE</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>13/04/20</u>	Cirurgião: <u>Dra ANDREA RIBEIRO</u>			1º Assistente: <u>Dra YULY</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: _____ T: _____
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>Fx lux GALEOTTI D</u> <u>Fx S. ntc D</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<u>O mesmo.</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<u>R A F I + cirurgia percutânea</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (✓) Não		Descreva:			
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					

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:18:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011815185100500000036696205>
Número do documento: 21011815185100500000036696205

Num. 38482495 - Pág. 15

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDA SOB ANESTESIA
ASSERCA + ANSSEPSIA
APOSICAO DE CAMPO ESTERILIS

Incisão: Longitudinal dorsal de Tournon por
planos

Achados: Fx lux nálio @

Conduta: REALIZADO MANOBRA DE REDUÇÃO SOB VISO DIRETO
A POSIÇÃO DE PLACIA DCR 3,5m 8 FIOS.
A POSIÇÃO DE 6 PAFUSOS CONVÉXOS 16mm.
A POSIÇÃO DE FIO K NA ANUD. EM SUR.
REALIZADO MANOBRA DE REDUÇÃO Sº UTC @
A POSIÇÃO DE 3 FIO K E Sº UTC SOB ESCORPIO.
LIMPADA COM SFO, 8%
SETORA POR PLANOS SUB CORTA E FECH.

COLGALHO

PA CONTROLE

Fechamento: TUL SUTURA POLYDIX

OBS: SE PACIENTE SEM DOLOR NAO 1º DPO

Dr. YURI Moreira
CRM 11.304 PB
Ortopedia e Traumatologia

Data: 13/04/20

MÉDICO/CRM



COMPLEXO DE SAÚDE DE GURABIRA

GTC tremie

FLUXO DE REFERÊNCIA INTRA E INTER REGIONAL

FICHA DE ENCAMINHAMENTO Nº: _____ CLÍNICA: _____

DO HOSPITAL: FIRG

PARA O HOSPITAL: TRAUMINHA

MÉDICO ASSISTENTE: _____ DATA: 09 04 20

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

NOME: LUCIANO FELIPE SEXO: _____

PROFISSÃO: _____ DOCUMENTO: _____ Nº: _____ IDADE: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: GUARANHUA ESTADO: PR

ANAMISES E EXAMES FÍSICOS SUMÁRIOS:

Celui Met 1 mês com dor
e disfunção em joelho

MEDICAMENTOS PRESCRITOS:

DIAGNÓSTICO

PROVÁVEL: Fractura de Colégioides CID: _____

Fractura S^o MTC

ASSINATURA DO PROFISSIONAL (CARIMBO):

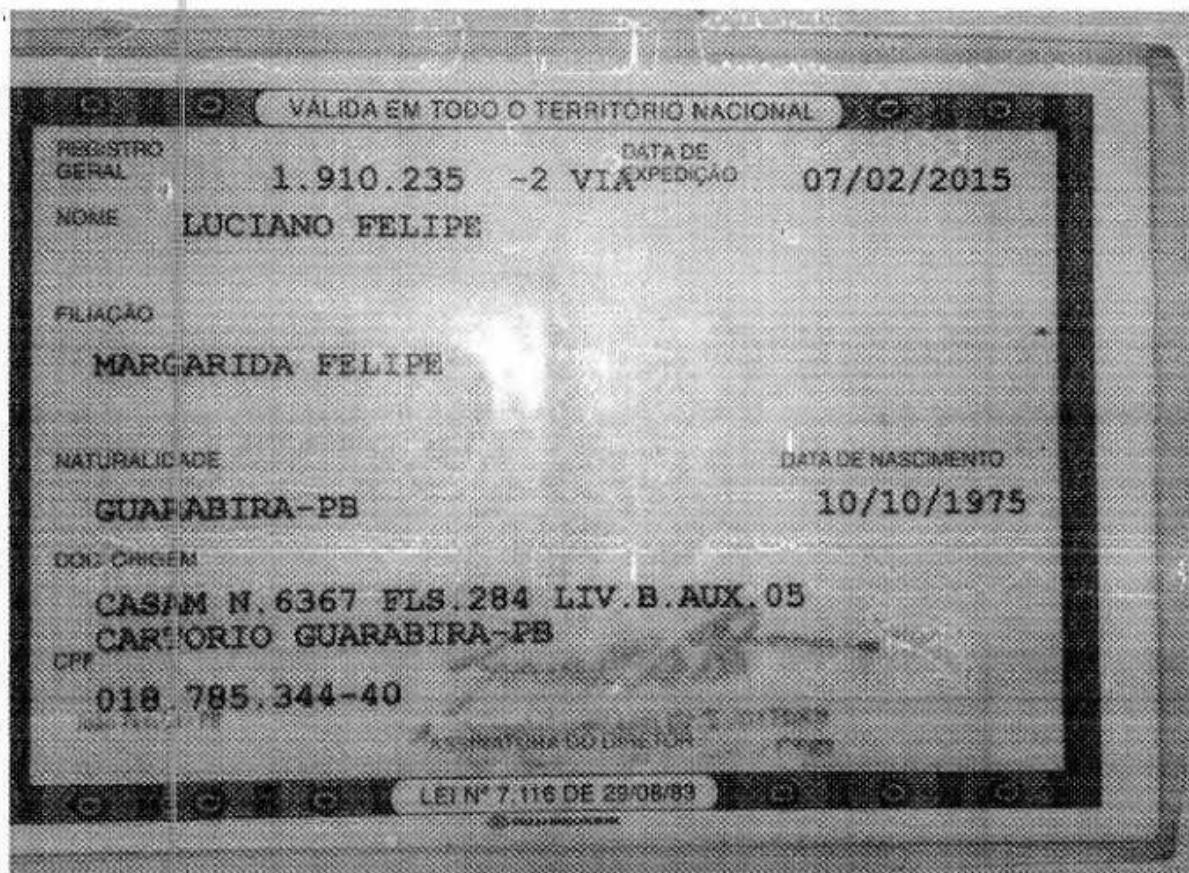
Dr. Ramon P. A. Sousa
ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGO
C.R.O.P.B.
B.372





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:18:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011815185100500000036696205>
Número do documento: 21011815185100500000036696205

Num. 38482495 - Pág. 18



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:18:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011815185100500000036696205>
Número do documento: 21011815185100500000036696205

Num. 38482495 - Pág. 19

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200247294 Cidade: Guarabira Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO FELIPE Data do acidente: 09/04/2020 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO EM DIÁFISE DO RÁDIO DIREITO (FRATURA DE GALLEAZZI). TRAUMA CONTUSO EM MÃO DIREITA COM FRATURA DO 5º METACARPO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RÁDIO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS), 5º METACARPO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER). PÁG 5 ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR 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 EM GRAU MODERADA DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: X

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:18:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011815185100500000036696205>
Número do documento: 21011815185100500000036696205

Num. 38482495 - Pág. 20

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200247294 Cidade: Guarabira Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANO FELIPE Data do acidente: 09/04/2020 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA-LUXAÇÃO EM DIÁFISE DO RÁDIO DIREITO (FRATURA DE GALLEAZZI). TRAUMA CONTUSO EM MÃO DIREITA COM FRATURA DO 5º METACARPO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE RÁDIO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS), 5º METACARPO (OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER). PÁG 5 ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR 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 EM GRAU LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: X

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:18:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011815185100500000036696205>
Número do documento: 21011815185100500000036696205

Num. 38482495 - Pág. 21

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0193398/20

Número do Sinistro: 3200247294

Vítima: LUCIANO FELIPE

Data do acidente: 09/04/2020

CPF: 018.785.344-40

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCIANO FELIPE

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médica-hospitalar

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: 12/08/2020
Nome: LUCIANO FELIPE
CPF: 018.785.344-40

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

LUCIANO FELIPE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 15:18:51
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011815185100500000036696205>
Número do documento: 21011815185100500000036696205

Num. 38482495 - Pág. 22