



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
38482495	18/01/2021 15:18	2776616_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 15946701

Pag. 00779/00780 - carta_01 - INVALIDEZ

00020390





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://documentospendentes.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





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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

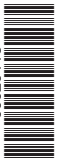
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00885/00886 - carta_15R - INVALIDEZ

00020443





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DÁMS (GASTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 018.785.344-40 4 - Nome completo da vítima: Ubuciana 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: Ubuciana Felipe 6 - CPF: 018.785.344-40
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: Trav. São Luiz 9 - Número: 69 10 - Complemento:
11 - Bairro: São José 12 - Cidade: Guarabira 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58200-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (311)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA: 4186 CONTA: 03040967
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe 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, renunciando e dando, desde já e somente após a elevação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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, 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 das costas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.294/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou irmãos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 13/07/2020

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.


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.



Nº 039533.01.2020.0.00.704 1/1





**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, expeço 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.



Nº 039533.01.2020.0.00.704 1/1



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.



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 QRCOD e numeração para consultar a veracidade.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DÁMS (GASTOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 018.785.344-40 4 - Nome completo da vítima: Ubuciana 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: Ubuciana Felipe 6 - CPF: 018.785.344-40
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: Trav. São Luiz 9 - Número: 69 10 - Complemento:
11 - Bairro: São José 12 - Cidade: Guarabira 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58200-000
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 98663-4900

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (511)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Santander

AGÊNCIA: 4186 CONTA: 03040967
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe 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, renunciando e dando, desde já e somente após a elevação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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, 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 das costas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.294/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou irmãos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
35 - CPF 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 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

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

41 - Assinatura da vítima ou beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.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

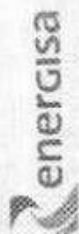
BANCO: 033

AGÊNCIA: 04186

CONTA: 000001040957-1

Nr. da Autenticação 9F401F900521810C





UNIDADE CONSUMIDORA (UC)
5/428939-3

VALOR DA FATURA

R\$ 161,57

26/03/2020

CONSUMO

185kWh

REFERÊNCIA

Mar / 2020

RESUMO

CD	Descrição	Quant	Tarifa	Tabela	Valor Base	Alto	Valor Base	Preço	Preço
0001	ENCARGOS	185	0,000000	145,15	25	40,25	140,14	1,42	6,57
0002	ENCARGOS	185	0,000000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0003	ENCARGOS	185	0,000000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0004	ENCARGOS	185	0,000000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0005	ENCARGOS	185	0,000000	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

CAIXA 3
SANDRA

TOTAL 181,57 140,14 40,27 140,14 1,42 6,57

C. Carga de Classificação do Item

RESERVADO AO FISCO

6427.4289.9842.1854.911.8144.1174.2040

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

Período	Consumo (kWh)	Valor (R\$)	%
172	185	161,57	100,00
171	185	161,57	100,00
170	185	161,57	100,00
169	185	161,57	100,00
168	185	161,57	100,00
167	185	161,57	100,00
166	185	161,57	100,00
165	185	161,57	100,00
164	185	161,57	100,00
163	185	161,57	100,00
162	185	161,57	100,00
161	185	161,57	100,00
160	185	161,57	100,00
159	185	161,57	100,00
158	185	161,57	100,00
157	185	161,57	100,00
156	185	161,57	100,00
155	185	161,57	100,00
154	185	161,57	100,00
153	185	161,57	100,00
152	185	161,57	100,00
151	185	161,57	100,00
150	185	161,57	100,00
149	185	161,57	100,00
148	185	161,57	100,00
147	185	161,57	100,00
146	185	161,57	100,00
145	185	161,57	100,00
144	185	161,57	100,00
143	185	161,57	100,00
142	185	161,57	100,00
141	185	161,57	100,00
140	185	161,57	100,00
139	185	161,57	100,00
138	185	161,57	100,00
137	185	161,57	100,00
136	185	161,57	100,00
135	185	161,57	100,00
134	185	161,57	100,00
133	185	161,57	100,00
132	185	161,57	100,00
131	185	161,57	100,00
130	185	161,57	100,00
129	185	161,57	100,00
128	185	161,57	100,00
127	185	161,57	100,00
126	185	161,57	100,00
125	185	161,57	100,00
124	185	161,57	100,00
123	185	161,57	100,00
122	185	161,57	100,00
121	185	161,57	100,00
120	185	161,57	100,00
119	185	161,57	100,00
118	185	161,57	100,00
117	185	161,57	100,00
116	185	161,57	100,00
115	185	161,57	100,00
114	185	161,57	100,00
113	185	161,57	100,00
112	185	161,57	100,00
111	185	161,57	100,00
110	185	161,57	100,00
109	185	161,57	100,00
108	185	161,57	100,00
107	185	161,57	100,00
106	185	161,57	100,00
105	185	161,57	100,00
104	185	161,57	100,00
103	185	161,57	100,00
102	185	161,57	100,00
101	185	161,57	100,00
100	185	161,57	100,00
99	185	161,57	100,00
98	185	161,57	100,00
97	185	161,57	100,00
96	185	161,57	100,00
95	185	161,57	100,00
94	185	161,57	100,00
93	185	161,57	100,00
92	185	161,57	100,00
91	185	161,57	100,00
90	185	161,57	100,00
89	185	161,57	100,00
88	185	161,57	100,00
87	185	161,57	100,00
86	185	161,57	100,00
85	185	161,57	100,00
84	185	161,57	100,00
83	185	161,57	100,00
82	185	161,57	100,00
81	185	161,57	100,00
80	185	161,57	100,00
79	185	161,57	100,00
78	185	161,57	100,00
77	185	161,57	100,00
76	185	161,57	100,00
75	185	161,57	100,00
74	185	161,57	100,00
73	185	161,57	100,00
72	185	161,57	100,00
71	185	161,57	100,00
70	185	161,57	100,00
69	185	161,57	100,00
68	185	161,57	100,00
67	185	161,57	100,00
66	185	161,57	100,00
65	185	161,57	100,00
64	185	161,57	100,00
63	185	161,57	100,00
62	185	161,57	100,00
61	185	161,57	100,00
60	185	161,57	100,00
59	185	161,57	100,00
58	185	161,57	100,00
57	185	161,57	100,00
56	185	161,57	100,00
55	185	161,57	100,00
54	185	161,57	100,00
53	185	161,57	100,00
52	185	161,57	100,00
51	185	161,57	100,00
50	185	161,57	100,00
49	185	161,57	100,00
48	185	161,57	100,00
47	185	161,57	100,00
46	185	161,57	100,00
45	185	161,57	100,00
44	185	161,57	100,00
43	185	161,57	100,00
42	185	161,57	100,00
41	185	161,57	100,00
40	185	161,57	100,00
39	185	161,57	100,00
38	185	161,57	100,00
37	185	161,57	100,00
36	185	161,57	100,00
35	185	161,57	100,00
34	185	161,57	100,00
33	185	161,57	100,00
32	185	161,57	100,00
31	185	161,57	100,00
30	185	161,57	100,00
29	185	161,57	100,00
28	185	161,57	100,00
27	185	161,57	100,00
26	185	161,57	100,00
25	185	161,57	100,00
24	185	161,57	100,00
23	185	161,57	100,00
22	185	161,57	100,00
21	185	161,57	100,00
20	185	161,57	100,00
19	185	161,57	100,00
18	185	161,57	100,00
17	185	161,57	100,00
16	185	161,57	100,00
15	185	161,57	100,00
14	185	161,57	100,00
13	185	161,57	100,00
12	185	161,57	100,00
11	185	161,57	100,00
10	185	161,57	100,00
9	185	161,57	100,00
8	185	161,57	100,00
7	185	161,57	100,00
6	185	161,57	100,00
5	185	161,57	100,00
4	185	161,57	100,00
3	185	161,57	100,00
2	185	161,57	100,00
1	185	161,57	100,00



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME :LUCIANO FELIPE				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 44A	SEXO Masc	COR	CLÍNICA Ortopedia	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 S52 +S 62	
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>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO ()					
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO	(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)
<i>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.</i>	

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: CEFALOXINA, PROFENID, DITIRONA	
RETORNO:	Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. DR: ANDRÉ RIBEIRO
Antônio F. S. Neto Médico CRM / PB - 12.138	





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Luciano Felipe</u>		Data da Admissão: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Prontuário: <u> </u>	Idade: <u> </u>	Enfermaria: <u> </u>	Leito: <u> </u>
Nome da Mãe: <u> </u>			
Endereço: <u> </u>		Bairro: <u> </u>	
Cidade: <u> </u>	Estado: <u> </u>	Fone: <u> </u>	Profissão: <u> </u>
Sexo: F () M ()	Cor: <u> </u>	Estado Civil: <u> </u>	Religião: <u> </u>
Escolaridade: <u> </u>	Data de Nascimento <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>		
OPD: <u>Dor antebraço (D)</u>			
HDA: <u>Acidente automobilístico c/ dor + operando em ante- braço (D)</u>			
Medicações em uso: <u> </u>			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso <u> </u> Kg em <u> </u> [] Prurido [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: <u> </u>			
Pele: <u> </u>			
Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: <u> </u> Visão: <u> </u>			
AR e ACV: [] Dor <u> </u> [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema <u> </u> Outros: <u> </u>			
ABD: [] Dor <u> </u> [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume			
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: <u> </u>			
SME: [] Dor <u> </u> [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos			
SN e PSO: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade [] Amnésia [] Libido [] Humor <u> </u>			

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 Taipa [] HTF

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEC _____

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: RvHipóteses Diagnósticas: Fo de galeazziConduta: Interno p/ procedimento cirúrgico



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>LUCIANO FELIPE</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>13/04/20</u>	Cirurgião: <u>Dr ANDRÉ RIBEIRO</u>			1º Assistente: <u>Dr YURY</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>FX LUX GALEAZZI (D)</u>					
<u>FX S.º MTC (D)</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>O MESMO.</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>RAFI. + fixação 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.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA	
ASSÉPSIA + ANTISSEPSE	
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERIS	
Incisão:	
LONGITUDINAL DORSAL DE THOMPSON POU	
PLANOS	
Achados:	
PA 2x NAPIO @	
Conduta:	
REALIZAMO MANOBRA DE REDUÇÃO SOB VISÃO PIRATA	
APOSIÇÃO DE PLACIA DCR 3,5m 8 FUNDOS	
APOSIÇÃO DE 6 BIAFUSOS CONTIGUI 1cm	
APOSIÇÃO DE FIOK NA ARUD. EM SUP.	
REALIZAMO MANOBRA DE REDUÇÃO 5º MTC @	
APOSIÇÃO DE 3 FIOK EM 5º MTC SOB ESCÓPIA	
LIMPEZA COM SFO, 8%	
SUTURA POU PLANOS SUB CUTANEO A PELE.	
CURATIVO	
PA CONTROL	
Fechamento:	
TAM ABILLO POCUR	
OBS:	
SE PACIENTE SEM QUESION ALTO NO 1º PPO	

Data: 13/04/20

Dr. Yuri C. de Almeida
CRM 11.007/PB
Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO/CRM

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





FLUXO DE REFERÊNCIA INTRA E INTER REGIONAL

FICHA DE ENCAMINHAMENTO Nº: _____ CLÍNICA: _____

DO HOSPITAL: FIRGPARA O HOSPITAL: TRAUMINHAMÉDICO ASSISTENTE: _____ DATA: 04 04 20

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO:

NOME: LUCIANO FELIPE SEXO: _____

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

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

MUNICÍPIO: GURABIRA ESTADO: PB

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS SUMÁRIOS:

Coluna Met e lombar dor com dor
e dificuldade em andar

MEDICAMENTOS PRESCRITOS:

DIAGNÓSTICO

PROVÁVEL: Fratura de Coluna CID: _____

ASSINATURA DO PROFISSIONAL (CARIMBO): _____

Dr. Ramon B. A. Sousa
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 9432





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL		
REGISTRO GERAL	1.910.235 -2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO 07/02/2015
NOME	LUCIANO FELIPE	
FILIAÇÃO	MARGARIDA FELIPE	
NATURALIDADE	GUARABIRA-PB	DATA DE NASCIMENTO 10/10/1975
DOIS ORIGEM	CASAM N. 6367 FLS. 284 LIV. B. AUX. 05	
CPF	CARTEIRO GUARABIRA-PB	
	018.785.344-40	
LEI N° 7.116 DE 29/08/89		



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 CONTÚSO 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



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 CONTÚSO 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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0193398/20

Número do Sinistro: 3200247294

Vítima: LUCIANO FELIPE

CPF: 018.785.344-40

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LUCIANO FELIPE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-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

