



Número: **0810479-41.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **17/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                            |                    | Procurador/Terceiro vinculado                |                   |
|-----------------------------------|--------------------|--|-------------------|
| JOSE RICARDO SOARES SILVA (AUTOR) |                    | JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)             |                   |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU)        |                    | ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)            |                   |
| Documentos                        |                    |  |                   |
| Id.                               | Data da Assinatura | Documento                                    | Tipo              |
| 38515486                          | 19/01/2021 12:09   | <a href="#">2778883_CONTESTACAO_Anexo_02</a> | Outros Documentos |



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200032086

Vítima: JOSE RICARDO SOARES SILVA

Data do Acidente: 06/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE RICARDO SOARES SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15403240

Pag. 00459/00460 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 05 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200032086**

**Vítima: JOSE RICARDO SOARES SILVA**

**Data do Acidente: 06/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE RICARDO SOARES SILVA**

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\$ 1.687,50 |

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

**Recebedor: JOSE RICARDO SOARES SILVA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000004913**

**Conta: 0000007129-0**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 12:09:03

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011912090366400000036726551>

Número do documento: 21011912090366400000036726551

Num. 38515486 - Pág. 2



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 036.255.964-38 4 - Nome completo da vítima: José Ricardo Soares Silva

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

5 - Nome completo: José Ricardo Soares Silva 6 - CPF: 036.255.964-38  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Silva Mata de Clara 9 - Número: 370 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Pedras de Fogo PB 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58328-000  
15 - E-mail: 15 - 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\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 4913 CONTA: 07129 AGÊNCIA: CONTA:  
(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 tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou noscitur(ju(n)os)? ☐ 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

Assinatura  
digital do  
segurado ou  
representante  
legal

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:

41 - 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 00091.01.2020.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00091.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:30 horas do dia 03 de janeiro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Jose Ricardo Soares Silva**, CPF nº 036.255.964-31, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Cozinheiro, filho(a) de Maria das Neves Soares Silva e Jose Paulo Soares Filho, natural de Itambe/PE, nascido(a) em 02/01/1980 (40 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Mata de Vara, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Pedras de Fogo/PB, telefone(s) para contato (83) 98780-5819.

**Dados do(s) Fatos:**


Local: Sítio Mata de Vara, Zona Rural, Pedras de Fogo/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 06/10/19 19:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

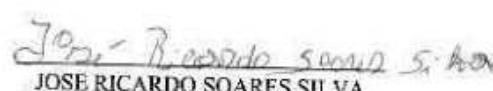
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 06/10/2019, POR VOLTA DAS 19:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA BROS DE COR PRETA, ANO 2015, PLACA KQY-5444/PB, CHASSI 9C2KD0800FR031988, NO SÍTIO MATA DE VARA, PEDRAS DE FOGO/PB, QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU NA FRENTE DA MOTOCICLETA, FAZENDO COM QUE ESTE NOTIFICANTE PERDESSE O CONTROLE DA MESMA AO BATER NO CACHORRO E VIESSE A CAIR; QUE FOI SOCORRIDO POR PARTICULARES AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID 92.3, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. KLÊNIO F. DA NOBREGA.

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

João Pessoa/PB, 03 de janeiro de 2020.

  
JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
JOSE RICARDO SOARES SILVA  
Noticiante

Procedimento Policial: 00091.01.2020.1.00.401





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de assistência médica e suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 036.255.964-38 4 - Nome completo da vítima: José Ricardo Soares Silva

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

5 - Nome completo: José Ricardo Soares Silva 6 - CPF: 036.255.964-38

7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Silva Mata de Clara 9 - Número: 370 10 - Complemento:

11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Pedras de Fogo PB 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58328-000

15 - E-mail: 15 - 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\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4913

CONTA: 07129

AGÊNCIA:

CONTA:

(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 tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou noscitur(ju(n)os)? ☐ 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

Assinatura digital da vítima ou representante legal

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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 12:09:03

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011912090366400000036726551

Número do documento: 21011912090366400000036726551

Num. 38515486 - Pág. 6





2ª VIA DE DOCUMENTO.

## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

|  |               |                                    |                          |
|--|---------------|------------------------------------|--------------------------|
| NOME <b>JOSE RICARDO SOARES SILVA</b>                              |               | PRONTUÁRIO N°                      |                          |
| IDADE 39a  | SEXO <b>M</b> | COR                                | CLÍNICA <b>Ortopedia</b> |
| DATA DE ADMISSÃO 06/10/2019  |               | DATA DE ALTA 08/10/2019            | TEMPO DE PERMANÊNCIA     |
| DIAGNÓSTICO INICIAL  |               | CID <b>S92.3</b>                   |                          |
| FRATURA EXPOSTA DO 1º PDE + FX EXPOSTA DO 3º, 4º E 5º MTI <b>F</b> |               |                                    |                          |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO   |               |                                    |                          |
| <b>O mesmo</b>   |               |                                    |                          |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS  |               |                                    |                          |
| PRINCIPAIS EXAMES  |               |                                    |                          |
| <b>Rx do pé demonstrando solução de continuidade óssea</b>         |               |                                    |                          |
| TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA  |               |                                    |                          |
| ANATOMIA PATOLÓGICA  |               |                                    |                          |
| INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO                                   |               | COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO |                          |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA  |               |                                    |                          |
| CONDIÇÕES DE ALTA  |               | ( ) CURADO ( )                     |                          |
| (X) MELHORADO  |               | ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO          |                          |
| OBITO  |               |                                    |                          |

### RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) FRATURA EXPOSTA DO 1º PDE + FX EXPOSTA DO 3º, 4º E 5º MTI **esquerdo**, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico para **REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIO KIRSCHNER**. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação anti-inflamatórios e analgésicos. 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 **60** 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 e Profenid e Analgésicos

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **07** dias para revisão. DR. TEMISTOCLES

Dr. Klênio F. da Nobrega  
CRM 11.094 PB  
Ortopedia e Traumatologia

08/10/2019

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, SEGURANÇA DE TRABALHO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 12:09:03

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011912090366400000036726551

Número do documento: 21011912090366400000036726551

# 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: 30/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RICARDO SOARES SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04913

CONTA: 000000007129-0

---

---

Nr. da Autenticação CC4AB002ADCB4CAF





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 036.255.964-38 4 - Nome completo da vítima: José Ricardo Soares Silva

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

5 - Nome completo: José Ricardo Soares Silva 6 - CPF: 036.255.964-38  
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: Silva Mata de Clara 9 - Número: 370 10 - Complemento:  
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Pedras de Fogo PB 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58328-000  
15 - E-mail: 15 - 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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: 4913 CONTA: 07129 AGÊNCIA: CONTA:  
(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 tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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 às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou noscitur(ju(n)os)? ☐ 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

Assinatura  
digital do  
segurado ou  
representante  
legal

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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

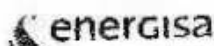
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







Ligação MONOFÁSICO  
Caráter COMUTAC 83/ COMERCIAL - COMERCIAL  
Retro: 12-5-292-425 Referência Nov/2015  
Medidor 00008667521 Emissão 20/11/2015

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
 R. 23 de Maio, 24 - Centro, Fátima - 81001-980 - Fone: (41) 324-1100  
 FAX: (41) 324-1100 - E-mail: energia@energia.com.br  
 Nota Fiscal/Conta de Energia: ENEPAR 0004 523 346  
 Cod. para 0th. Automático: 0001000011

|            |            |            |                             |
|------------|------------|------------|-----------------------------|
| Nov / 2019 | 20/11/2019 | 19/12/2019 | 010.942.224-45<br>rec. Est. |
|------------|------------|------------|-----------------------------|

Sarampo é grave e pode matar. Fique atento ao calendário de vacinação e se previna.

| Data                   | Letra                     | Data     | Letra    | 1        | 254    | 30   |          |        |         |         |         |    |        |
|------------------------|---------------------------|----------|----------|----------|--------|------|----------|--------|---------|---------|---------|----|--------|
| 21/10/19               | 5553                      | 20/11/19 | 5857     |          |        |      |          |        |         |         |         |    |        |
| De                     | Receitas                  | Contrab  | 199919   | Var Base | 35     | Até  | 01/01/19 | Ser    | 342     | For     | 14      | Le | 199919 |
|                        |                           | Tribut   | Total    | ICMS     | ICMS   | ICMS |          | Par    | Contrab | (3000%) | (3000%) |    |        |
| 0601                   | Consumo em kWh            | 354.000  | 0,775850 | 204,85   | 204,85 | 25   | 51,21    | 204,85 | 1,73    | 7,92    |         |    |        |
| 0601                   | Adic S Antena             |          |          | 1,74     | 1,74   | 25   | 0,43     | 1,74   | 0,01    | 3,08    |         |    |        |
| 0601                   | Adic S Vastinha           |          |          | 10,29    | 10,29  | 25   | 2,57     | 10,29  | 0,39    | 0,43    |         |    |        |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS |                           |          |          |          |        |      |          |        |         |         |         |    |        |
| 9900                   | CONTRIB SERV ILUM PUBLICA |          |          | 13,21    | 0,00   | 0    | 0,00     | 0,00   | 0,00    | 0,00    |         |    |        |

|                                      |          |        |        |       |        |      |      |
|--------------------------------------|----------|--------|--------|-------|--------|------|------|
| CIC: Código de Classificação do Item | TOTAL    | 229,87 | 218,86 | 54,21 | 218,86 | 1,00 | 8,38 |
| Taxa de Tributos                     | 0,546400 |        |        |       |        |      |      |

27/11/2019 R\$ 229,87

|        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |
|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 0      | 0      | 0      | 16     | 2      | 0      | 2      | 0      | 0      | 107    | 242    | 249    |
| Nov/18 | Dec/18 | Jan/19 | Feb/19 | Mar/19 | Apr/19 | May/19 | Jun/19 | Jul/19 | Aug/19 | Sep/19 | Oct/19 |

37b6.1ac7.d42c.65c1.f4a1.472a.dcd2.c618.

| Discriminacao                 |  | Valor (R\$)   | %             |
|-------------------------------|--|---------------|---------------|
| Servicos de Tel. e Encomendas |  | 56.84         | 24.31         |
| Comunicacao de Energia        |  | 82.19         | 34.86         |
| Servico de Transmissao        |  | 9.29          | 3.95          |
| Servicos de Seguros           |  | 8.34          | 3.54          |
| Impostos Diretos e Indiretos  |  | 77.42         | 33.86         |
| Outros Servicos               |  | 0.30          | 0.12          |
| <b>Total</b>                  |  | <b>229.97</b> | <b>100.00</b> |

Valor do Seguro (R\$ 3.20.18) R\$ 7.17

View to US/50 (Mar 9/2010) 0476 17

\* AVISO: Permanecendo em atraso os "DEBITOS ANTERIORES", a rescisão, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até a cessação do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL.

00190.00009 03150.244006 07475 127176 5 80860000022987

PAGADOR JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA - CPF/CNPJ: 010.943.224-48  
 ENDEREÇO: R. JOSE COSTA DUARTE, 157 / SALA 01 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB CEP: 58066394

| Nossa Nr          | Nº Documento    | Data de Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago |
|-------------------|-----------------|--------------------|--------------------|------------|
| 31503440007475127 | 00/696291201911 | 27/11/2019         | R\$ 229,81         |            |

3150244000475121 CO 69823120181 277112012





## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### 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/BIBLIOTECABWEB/DOCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=39636>

A Circular SUSEP 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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754, 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Jose Ricardo Soares Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.225.964, 31  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidoz da Vítima Jose Ricardo Soares Silva  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 036.225.964, 31 conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|   |                            |                                   |
|---|----------------------------|-----------------------------------|
| Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u> | Número: <u>357</u>         | Complemento: _____                |
| Bairro: <u>Crangabeira</u>                        | Cidade: <u>João Pessoa</u> | Estado: <u>PB</u>                 |
| E-mail: _____                                     | CEP: <u>58056-384</u>      | Tel (DDD): <u>(83) 98663-4900</u> |

Local e Data: João Pessoa - PB 20/01/2020

Alexandria Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 12:09:03  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011912090366400000036726551>  
Número do documento: 21011912090366400000036726551



2ª VIA DE DOCUMENTO.

## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

|   |               |                         |                          |                                    |       |
|---|---------------|-------------------------|--------------------------|------------------------------------|-------|
| NOME <b>JOSE RICARDO SOARES SILVA</b>   |               |                         | PRONTUÁRIO N°            |                                    |       |
| IDADE 39a   | SEXO <b>M</b> | COR                     | CLÍNICA <b>Ortopedia</b> | ENF.                               | LEITO |
| DATA DE ADMISSÃO 06/10/2019   |               | DATA DE ALTA 08/10/2019 |                          | TEMPO DE PERMANÊNCIA               |       |
| DIAGNÓSTICO INICIAL<br>FRATURA EXPOSTA DO 1º PDE + FX EXPOSTA DO 3º, 4º E 5º MTI <b>F</b> |               |                         |                          | CID<br><b>S92.3</b>                |       |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO<br><b>O mesmo</b>  |               |                         |                          |                                    |       |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS   |               |                         |                          |                                    |       |
| PRINCIPAIS EXAMES<br><b>Rx do pé demonstrando solução de continuidade ossea</b>           |               |                         |                          |                                    |       |
| TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA   |               |                         |                          |                                    |       |
| ANATOMIA PATOLÓGICA   |               |                         |                          |                                    |       |
| INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO  |               |                         |                          | COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO |       |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA   |               |                         |                          |                                    |       |
| CONDIÇÕES DE ALTA<br>(X) MELHORADO  |               | ( ) REMOVIDO            |                          | ( ) A PEDIDO                       |       |
| OBITO   |               | ( ) CURADO              |                          | ( )                                |       |

### RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Paciente portador(a) FRATURA EXPOSTA DO 1º PDE + FX EXPOSTA DO 3º, 4º E 5º MTI **esquerdo**, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico para **REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM FIO KIRSCHNER**. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação anti-inflamatórios e analgésicos. 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 **60** 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 e Profenid e Analgésicos

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.

Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em **07** dias para revisão. DR. TEMISTOCLES

Dr. Klênio F. da Nobrega  
CRM 11.094 PB  
Ortopedia e Traumatologia

08/10/2019

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M.

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, SEGURANÇA DE TRABALHO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/01/2021 12:09:03

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011912090366400000036726551

Número do documento: 21011912090366400000036726551



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2561973 DATA DE EXPIRAÇÃO 28 MAIO 1998

NOME JOSE RICARDO SOARES SILVA

JOSE PAULO SOARES FILHO

FILIAÇÃO MARIA DAS NEVES SOARES SILVA

Itambé-PE 02.01.1980

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. Nº. 11.576. Fls. 124. Liv. 14


DOC. ORGEM

Cart. Pedras de Fogo-PB.

CPF

Assinatura do Diretor

LEI Nº 115 DE 29/06/63

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
Secretaria da Receita Federal

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

Nome  
**JOSE RICARDO SOARES SILVA**



 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**  
**Secretaria da Receita Federal**

**CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS**

Nome  
**JOSE RICARDO SOARES SILVA**

Nº de Inscrição  
**036255964-31**

Data do Nascimento  
**02/01/80**







| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL<br>MINISTÉRIO DAS CIDADES  |  | SECUR OBRIGATORIO DE DAN<br>AUTOMOTORES DE VIA TERRE<br>TRANSPORTADAS |                  |  |
|---|--|---|------------------|--|
| L<br>A<br>C<br>R<br>E   | DETRAN - PB Nº 014800318609  |   | PB Nº 0148003186 |  |
|   | CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO                   |   |                  | ESTE É O SEU BIL<br>PARA MAIS INFOR<br>AS CONDIÇÕES C<br>www.segur<br>SAC DPVA |
|   | VIA: 1 COD. REN. AN: 0105005881-7 50/000000000 EXERCÍCIO: 2019       |   |                  |  |
|   | NOME: JOSE RICARDO SOARES SILVA                                      |   |                  |  |
|   | PLACA: 03625596431 KQY5444/PB  |   |                  |  |
|   | PLACA ANT. AL: KQY5444- RJ CHASSI: 9C2KD0801PRO31988                 |   |                  |  |
|   | TIPO: PAS/MOTOCICLETA/NAO APLE COMBUSTIVEL: ALCOY/GASOL              |   |                  |  |
|   | MARCA/ MODELO: HONDA/NXR160 BROS ESD ANO FAB: 2015 ANO MOD: 2015     |   |                  |  |
|   | CAP. POT. OIL: 2 E/162 /CI CATEGORIA: PARTIC COR PREDOMINANTE: PRETA |   |                  |  |
|   | C<br>O<br>N<br>T<br>R<br>A   | COTA UNICA: 00/00/0000 VEND. COTA UNICA: 1* VEND. COTAS: 2* 3*        |                  |  |
| FAIXA I PVA: ***** PARCELAMENTO / COTAS: 0  |  |   |                  |  |
| PREMIO TAFIARO (R\$): ***** OF (R\$): ***** PREMIO TOTAL (R\$): ***** DATA DE PAGAMENTO: 14/08/2019 |  |   |                  |  |
| OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA DE DOMINIO   |  |   |                  |  |
| LOCAL: PEDRAS DE BOGU DATA: 16/08/2019  |  |   |                  |  |
| 9999999   |  |   |                  |  |
| 20516   |  |   |                  |  |
| 20516-15185   |  |   |                  |  |
| SEGURADO  |  |   |                  |  |
| CNPJ:   |  |   |                  |  |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200032086 **Cidade:** Pedras de Fogo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE RICARDO SOARES SILVA **Data do acidente:** 06/10/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 24/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 1º DO DEDO DO PÉ ESQUERDO;  
FRATURA EXPOSTA DO 3º, 4º E 5º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO. (P1)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS         | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|--|---|---|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de um dos pés | 50 %  | Em grau leve - 25 %   | 12,5%     | R\$ 1.687,50             |
| Total                                  |   |   | 12,5 %    | R\$ 1.687,50             |



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** José Ricardo Soares Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão engenheiro, residente e domiciliado à Rua Silva Matos da Silva, nº 514, bairro Indiferença, Município de Pedras de Fogo, Estado de(o) PB, Cep: 58.300-000, portador(a) do Rg nº 256.39.73, SSP/ PB e CPF nº 036.255.964-33

**Outorgado:** Alexondral Duarte, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Ag. J. da Costa Duarte, nº 157, bairro Centro, Município de Santa Luz, Estado de(o) PB, Cep: 58.300-000, portador(a) do RG nº 26.277.12, SSP/ PB e CPF nº 045.502.754-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) José Ricardo Soares Silva, ocorrido em 06.11.2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza Imobiliária

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, **assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT**, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Pedras de Fogo, 26 de novembro de 2019.



Outorgante

CPF Nº 036.255.964-33

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

**CARTÓRIO**  
**VINAGRE DE MEDEIROS**  
TABELÃO: Hermano José Medeiros Nobrega  
SINISTRO: Ademar Henrique M. Medeiros Nobrega  
RUA DOS TRÊS PODERES, 67 - PEDRAS DE FOGO - PARAIBA

Reconheço a(s) Firma(s) José Ricardo Soares Silva  
por autenticidade

Em test. 26 de 11 de 2019  
Pedras de Fogo - PB

26 NOV. 2019  
AIR73202 - 105B

Selo Digital  
Consulte a Autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br/>

