



10/05/2021

Número: **0800434-57.2020.8.15.0261**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Piancó**

Última distribuição : **11/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALBERTO PEREIRA DA SILVA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
42871900	10/05/2021 11:33	<a href="#">2781137_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, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190467433

Vítima: ALBERTO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALBERTO PEREIRA DA 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 14685052

Pag. 01807/01808 - 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, 20 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190467433

Vítima: ALBERTO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 17/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALBERTO PEREIRA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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. 00007/00008 - carta\_02 - INVALIDEZ

00040004



Carta nº 14728657





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, 11 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190467433**

**Vítima: ALBERTO PEREIRA DA SILVA**

**Data do Acidente: 17/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ALBERTO PEREIRA DA 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 completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **ALBERTO PEREIRA DA SILVA**

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

Banco: **104**

Agência: **000003571**

Conta: **00000033807-4**

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

Pag. 01453/01454 - carta\_15R - INVALIDEZ

00360727



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190467433 **Cidade:** Itapororoca **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALBERTO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 17/04/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR (2+/4+), ATROFIA DA MUSCULATURA DISTAL DA COXA EM 2,5 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°, DEAMBULA COM DIFICULDADE, DOR A PALPAÇÃO EM FACE MEDIAL DO PLANALTO TIBIAL, AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO DEVIDO A LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM JOELHO ESQUERDO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 30/08/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: Alberto Pereira da Silva CPF: 055 645 404 92  
Profissão: agricultor Endereço: P.R. Mangueira Número: 5X Complemento: Casa  
Bairro: rua rural Cidade: Nossa Senhora Estado: PR CEP: 53798000  
E-mail: alberto.pereira@hotmail.com (83) 982616835 Tel.(DDD): 909 4415 20 2p

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 35 77 CONTA: 033 807 4 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.

## 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autorizada

Local e Data: Paracambi 19/05/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Alberto Pereira da Silva  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Alberto Pereira da Silva  
Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
2º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

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

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

001/2018

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

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190467433  
Nome do(a) Examinado(a): Alberto Pereira da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Pq Manguezar, S/N  
Area Rural Nova Olinda PB CEP: 58798-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PB ] 311712  
Data local do acidente: [ 17/04/2019 ]  
Data local do exame: [ 30/08/2019 ] Pombal [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO**

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

**Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 17/04/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO GESSO INGUINO MALEOLAR POR 45 DIAS COM RETIRADA DA CARGA SOBRE O MEMBRO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA. Complicações: PACIENTE APRESENTA AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR, DEAMBULA COM DIFICULDADE, DOR A PALPAÇÃO EM FACE MEDIAL DO PLANALTO TIBIAL, ALEM DE AFIRMAR DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO DEVIDO A LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO. Data da Alta: 17/04/2019**

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

**AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR (2+/4+), ATROFIA DA MUSCULATURA DISTAL DA COXA EM 2,5 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°, DEAMBULA COM DIFICULDADE, DOR A PALPAÇÃO EM FACE MEDIAL DO PLANALTO TIBIAL, AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO DEVIDO A LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO.**

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

☒ Sim ☐ Não

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

☒ Sim ☐ Não

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

**ATROFIA DA MUSCULATURA DISTAL DA COXA EM 2,5 CM  
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II  
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°**

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

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

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

☐ "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

☐ "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

**JOELHO - Lado Esquerdo**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

  
Dr. Tiago Martins Formiga  
Ortopedia e Traumatologia  
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE  
TEOT 14830







Secretaria da  
Segurança e da Defesa Social  
Delegacia Geral de Polícia  
3ª Delegacia Regional de Polícia Civil  
17ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
Delegacia Distrital de Itaperanga



GOVERNO  
DA PARAÍBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Nº. 627/2019.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Acidente de Trânsito

DATA DO FATO: 17 / Abril / 2019 HORAS: 11h10

SOB A RESPONSABILIDADE DO DEL.POL. Gleberson Fernandes da Silva

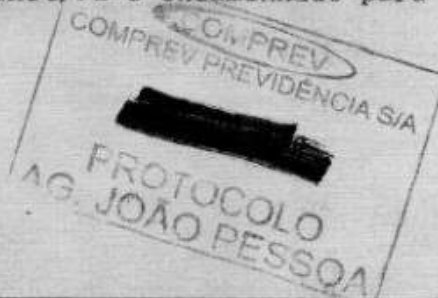
Notificante/Vítima:

ALBERTO PEREIRA DA SILVA, natural de PRINCESA ISABEL-PB Casado, Agricultor, nascido no dia 24.05.79, filho de Alcides Pereira da Silva e Benedita Pereira da Silva, RG 3.117.112/PB e CPF 055.645.404-92, residente distrito de Mangueza, zona rural de Nova Olinda/PB.

HISTÓRICO DO FATO:

O (a) notificante, após cientificado (a) das penalidades cominadas ao art. 299 do CPB, declarou o seguinte:

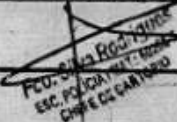
Que no dia e horas acima citadas, saiu de sua residência para o Trabalho, conduzindo a moto HONDA NXR160 BROS ESD, cor vermelha, Ano-2015, placa QFJ8388/PB e chassi 9C2KD0800FR053083, em nome de JOSE NILTON UMBELINO e em uma curva colidiu com outro veículo, sendo então socorrido por seu cunhado JURANDI UMBELINO DA SILVA, para o Hospital Regional Venceslau Lopes em Piancó/PB e encaminhado para um Ortopedista em Itaperanga/PB.



Itaperanga, Pb, 02 de Maio de 2019.

Notificante/Vítima: Alberto Pereira da Silva

Escrivão Plantonista: \_\_\_\_\_





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 055 645 404 92 Nome completo da vítima: Alberto Pereira da Silva

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

Nome completo: Alberto Pereira da Silva CPF: 055 645 404 92  
Profissão: agricultor Endereço: P.R. Mangueira Número: 5X Complemento: Casa  
Bairro: rua rural Cidade: Nossa Senhora Estado: PR CEP: 53798000  
E-mail: alberto.pereira@hotmail.com (83) 982616335 Tel.(DDD): 909 4415 20 2p

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 35 77 CONTA: 033 807 4 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.

## 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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autorizada

Local e Data: Paracambi 19/05/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Alberto Pereira da Silva  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Alberto Pereira da Silva  
Assinatura do Procurador (se houver)

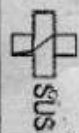
## TESTEMUNHAS

1º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
2º Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

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

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

001/2018



HOSPITAL REGIONAL  
WENCESLAU LOPES  
PLANCO - PB

ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Cnes: 2600331 CNPJ: 06.778.268/0031-86

NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES

ENDEREÇO: AV. JOAO AGRIPINO FILHO, 302

CIDADE: PLANCO 56765-000 ESTADO: PARAIBA

UF: 25

Atendimento: ATENDIMENTO DE URGENCIA

Paciente: ALBERTO PEREIRA DA SILVA

Mae: BENEDITA PEREIRA DA SILVA

Pai: ALCIDES PEREIRA DA SILVA

Nascimento: 24/05/1979 Idade: 39

Profissão: AGRICULTOR(A)

Cor: BRANCA

Sexo: M

Endereço: MANGUEZA

Bairro:

Cidade: NOVA OLINDA - PB - 56798-000 - 2510204

Naturalidade: PRINCESA ISABEL - PB

Identidade: 3117112

CNS:

Reg. Nasc.: DELANIA

CPF:

Recepcionista: 57454

Data / Hora: 17/04/2019 12:37:56

Ficha Número: 57454

22455

PESO:

PA:

TEMP.:

Hora Atendimento

ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OUTROS

01 - ELETIVO CARÁTER DO ATENDIMENTO

02 - URGENCIA

03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA

04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO

05 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRANSITO

06 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

CID-10

MEDICAÇÃO

1. PRESCRITA

2. APLICADA

ENCAMINHAMENTO

OBSERVAÇÃO

OUTRO HOSPITAL

RESIDÊNCIA

ÓBITO

INTERNAÇÃO

OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1.	03	01	06	00	61
2.	03	01	10	09	32
3.	02	04	06	01	33

Ass. dos Profissionais Assistenciais - carimbo

Médico / Cmt / Cns

CBO

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL

Polígrafo Direito

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

1-TILATIL+AD EV  
 1-SIRINGA DE 10ML  
 1-ESCALPE 23

14:00

Françoise G. Almeida  
 Peritoa  
 Tac. de Interiores  
 CONOP / PB 10221V

COMPREV  
 COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
 07 A6U. 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA



# 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: 04/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: ALBERTO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03571

CONTA: 000000033807-4

---

---

Nr. da Autenticação 59491B43E44F9AD6





ALBERTO PEREIRA DA SILVA  
LOC. POV MANGUEZAR, 311 - AREA RURAL  
NOVA OLINDA/PE CEP 5738003 (AG - 54)

Ligação: MONOFÁSICO  
Clas/Sec: RES MTC 01 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Revista: 2-188-459-2930 Referência: Abr/2019  
Emissão: 04/04/2019

**Energis**

ENERGISA PARÁIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B/229 Km 25 - Canto Redentor, João Pessoa/PB - CEP 54071-460  
CNPJ 08.085.180/0001-40 - Ins. Est. 18.715.823-0

Nº de Fatores Control: Energia Elétrica Nº 022 820 799  
Cód. para Fatores Autômatas: 00812026365

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Abr/2019	04/04/2019	03/05/2019	016.648.404-42

UC (Unidade Consumidora): 5/1202636-5

**Canal de contato**  
Declaração de Quitação Anual de Contas  
Conforme previsto na Lei 12.007 de 28 de junho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos fatos contábeis regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vinculada no ano de 2017 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as respectivas declarações de débitos dos anos anteriores a que se refere, e dos anos anteriores.  
A quitação se refere às necessidades de água e gás no Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para acompanhar as notícias e novidades, como dicas de economia e segurança, orientações sobre serviços, informações sobre investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Letra	Data	Letra	
08/03/19	2897	31/03/19	2848	28

Demonstrativo									
Quantidade Tarifas		Valor Estimado		Valor Estimado		Valor Estimado		Valor Estimado	
Tarifa		Tarifa		Tarifa		Tarifa		Tarifa	
0801 - Consumidor Nova		0807 - CONTRIB LIMP. SICA		0804 - JUROS DE MORA 02/2018		0805 - MULTA 02/2019			
0801	Consumidor Nova	0807	CONTRIB LIMP. SICA	0804	JUROS DE MORA 02/2018	0805	MULTA 02/2019		

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
07 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
15 de Novembro de 1988  
CONSTITUIÇÃO DE 1988  
ART. 174, PARÁGRAFO 1º  
ART. 174, PARÁGRAFO 2º

**EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

CPF: 039.347.064-09 DATA NASCIMENTO: 13/04/1978

PLACAO: ADELSON DOS SANTOS

ODETE RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO: 04119219971 VALIDADE: 30/06/2022 EXATIDÃO: 14/06/2007

LOCAL: SERRA TALHADA, PE DATA EMISSÃO: 21/06/2017

ASSINATURA DE POSSESSOR: [Assinatura]

ASSINATURA DE EMISSOR: [Assinatura]

PERNAMBUCO

**EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**  
RUA ELMO DE FIGUEIREDO, 22 - CENTRO  
ITAPORANGA / PE CEP: 55700-000 (AQ-180)

Ligação: MONOFÁSICO  
Circuito: RES MTCB1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
Fatura: 7-154-25-3112 Referência: Mai/2019  
Medidor: 00008957427 Emissor: 15/05/2019

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
26250, Km 25 - Cristo Redentor - Jd. S. Pessoa / PE - CEP 55071-680  
CNPJ 06.913.000/40 - Ins. Est. 16.015.8253

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 004749 417  
Cód. para Dct. Automático: 000000000

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Mai/2019	13/05/2019	11/06/2019	039.347.064-09 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/28252-5

Canal de contato:  
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em: [vaccinabrasil.org.br](http://vaccinabrasil.org.br)

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data: 11/04/19 Leitura: 2146	Data: 13/05/19 Leitura: 3605	1	145	32
<b>Demonstrativo</b>				
CCI: Descrição	Quantidade Taxa de Venda	Valor Unit. Cota. Alíq. (ICMS/ST) Base Calc. Pm (R\$)	Contrib. (R\$)	
	Taxa de Venda (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	Par. Contrib. (R\$) (0,0015%) (R\$ 47524)
0001 Consumo em kWh	189,000	0,848355	160,28	27
0801 Adic. B. Armazen	1,18	1,18	27	0,30
				1,18
				0,01
				0,05
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>				
0807 CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	16,72	0,00	0	0,00
0804 JUROS DE MORA 04/2019	0,35	0,00	0	0,00
0805 MULTA 04/2019	2,52	0,00	0	0,00

COMPREV  
COMPREV SECURIDS E PREVIDENCIA S/A  
07 ABL. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV  
COMPREV PREVIDENCIA S/A  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



**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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 Elton Rodriguez dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 039 242 064 1 02 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Alberto Pereira da Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 055 645404 92

do sinistro de DPVAT cobertura incapacidade da Vítima Alberto Pereira da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 055 645404 1 99, 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Eurico Figueiredo</u>	Número: <u>22</u>	Complemento: <u>Coro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Tapoema</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>elton.moreira@ltdmail.com</u>	CEP: <u>53 730 000</u>	
		Tel.(DDD): <u>99942/520 34</u>

Local e Data: Tapoema 15/05/2019

Elton Rodriguez dos Santos

Assinatura do Declarante

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

07 ABR. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

DLRL.001 V001/2017



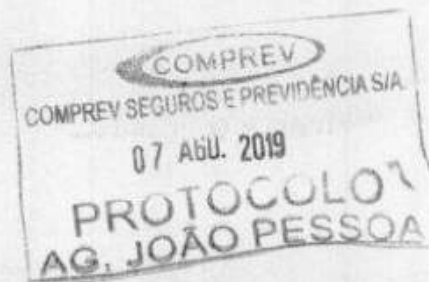
## Relatório Médico

Alberto Pereira da Silva

Paciente vítima de acidente de trânsito no dia 17/04/2019. Apresentou como lesões fratura de platô tibial esquerdo e lesão ligamentar. Realizou imobilização gessada por 45 dias. Realizou 20 sessões de fisioterapia. Apresenta como sequelas atrofia muscular de membro inferior esquerdo, com grande perda de massa muscular em coxa esquerda, diminuição de movimentos de flexão e extensão em membro inferior esquerdo, com edema e dor recorrentes. Alta médica a partir desta data.

01/08/2019

*D. Vitor Sales Muniz*  
Médico  
CRM-PG 11460





GOVERNO  
DA PARAÍBA



HOSPITAL REGIONAL

WENCESLAU LOPES

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO  
REQUISIÇÃO DE EXAMES (BPA-C / BPA-I)

UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS):

NOME: HOSPITAL REGIONAL WENCESLAU LOPES  
CÓDIGO DA UNIDADE: 5673 CNPJ: 08.778.268/0031-86  
ENDEREÇO: AV. JOÃO AGRIPIANO FILHO, 302 BAIRRO: OURO BRANCO CEP: 58765-000  
MUNICÍPIO: PIANCÓ ESTADO: PARAÍBA UF: PB

PACIENTE  
NOME: Alberto Pereira da Silva IDADE: 39 anos  
PROFISSÃO: Agente de Saúde DOCUMENTO: \_\_\_\_\_  
ENDEREÇO: Chapinhal BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_  
MUNICÍPIO: Monte Santo ESTADO: Paraíba UF: PB  
CÓDIGO IBGE MUNICÍPIO: 55020 CNS: \_\_\_\_\_  
DATA DO NASCIMENTO: 25/05/99 DATA DO ATENDIMENTO: 12/04/19  
CARÁTER DO ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_ RAÇA/COR: Branca SEXO: M

DADOS CLÍNICOS

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS

RA Joelma E	COMPREV	COMPREV	REGULOS	PREVIDÊNCIA	S/A
	07	ABR	2019		
	PROTOCOLO				
	AG. JOÃO PESSOA				

CIB-10

PROFISSIONAL

CBO	CNS	CARIMBO E ASSINATURA DO PROFISSIONAL
ASSINATURA DO PACIENTE		OU POLEGAR DIREITO COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente **ALBERTO PEREIRA DA SILVA** é portador de **FRATURA DO PLANTO TIBIAL ESQUERDO**. Indicado tratamento conservador com gesso tipo coxo-podálico. Paciente deverá afastar-se de suas atividades laborais por um período de 120 (cento e vinte) dias. Tempo necessário para consolidação da fratura e reabilitação na fisioterapia.

CID 10: S82.1

Itaporanga-PB, 22/04/2019

Dr. Gaudencio Mendes de S. Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7519

Dr. Gaudencio Mendes de Sousa Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 7519

Consultório - Clínica Valle Imagem  
Rua José Barros, S/N sala 09 - Bairro Centro  
CEP 58780-000 - Itaporanga - Paraíba - PB  
📞 gmortopedia 📧 @gmortopedia

☎ (31) 3451-2858  
☎ (31) 99948-8622 WhatsApp  
🌐 www.gmortopedia.com.br





**Paciente:** ALBERTO PEREIRA DA SILVA

**Nº do Pedido:** 30461

**Idade:** 39 Anos

**Convênio:** PARTICULAR

**Data:** 22/04/2019

**Médico Solicitante:** NAO INFORMADO

**RAIO X DO JOELHO**

Fratura de platô tibial, notadamente em eminência intercondilar, aspecto que pode estar associado a lesão ligamentar. Correlacionar com Ressonância Magnética.

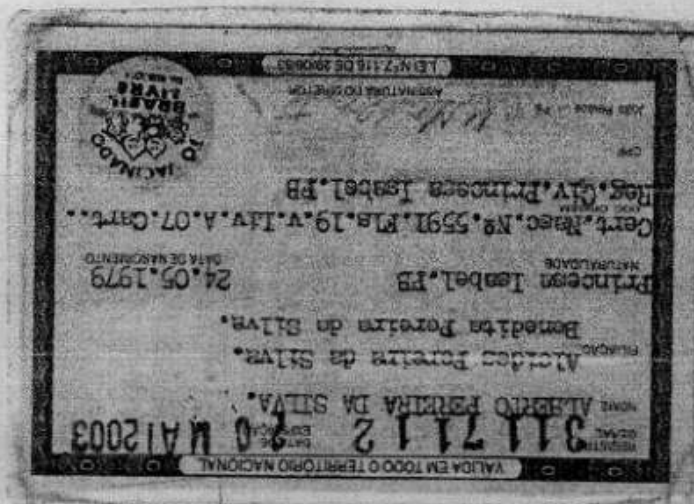
Corticais e interlinhas articulares conservadas.

Ausência de sinais de fraturas ou de lesões ósseas destrutivas focais.

Aspecto normal das partes moles periarticulares.

Emerson Claudino  
Médico Radiologista  
CRM: 8342







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 15 de Novembro de 1988  
 Lei nº 8.912/88  
 Lei nº 8.912/88

**EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

CPF: 039.347.064-09 DATA NASCIMENTO: 13/04/1978

Nome: ADELSON DOS SANTOS

Nome: ODETE RODRIGUES DA SILVA

PERMISSÃO: 04119219971 VALIDADE: 30/06/2022 EXATIDÃO: 14/06/2007

LOCAL: SERRA TALHADA, PE DATA EMISSÃO: 21/06/2017

ASSINATURA DE POSSESSOR

ASSINATURA DE EMISSOR

PERNAMBUCO

**EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**  
 RUA ELMO DE FIGUEIREDO, 22 - CENTRO  
 ITAPORANGA / PE CEP: 55700-000 (AQ-180)

**ENERGISA**  
 ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
 26230, Km 25 - Cristo Redentor - Jd. S. Pessoa / PR - CEP 86071-680  
 CNPJ 09.095.193/0001-40 Insc. Est. 16.015.825/0

Ligação: MONOFÁSICO  
 Cat/Sec: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL  
 Referência: Mai/2019 Medidor: 00008957427 Emissor: 13/05/2019

Nota Fiscal: Conta de Energia Elétrica Nº 004749 417  
 Cód. para Dct. Automático: 0000000000

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Mai/2019	13/05/2019	11/06/2019	039.347.064-09 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/28252-5

Canal de contato:  
 Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em  
 vouce.gov.br/vacinebrasil

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias				
Data	Leitura	Data	Leitura							
11/04/19	2146	13/05/19	3605	1	145	32				
Demonstrativo										
CCI	Descrição	Quantidade	Taxa de Venda	Valor Cotação	Alíq. (ICMS)	Base Calc. Pm (R\$)	Cotação (R\$)			
		Tributos Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS Par (Cotação) (R\$)	(10%)	(R\$)	(75%)			
0001	Consumo em kWh	189,000	0,848355	160,20	159,98	27	42,19	159,98	1,55	7,15
0801	Adic. B. Armazen	1,18	1,19	27	0,30	1,19	0,01	0,05		
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0807	CONTRIBUIÇÃO LUM. PÚBLICA	16,72	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 04/2019	0,35	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 04/2019	2,52	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

COMPREV  
 COMPREV SECURIDS E PREVIDENCIA S/A  
 07 ABL. 2019  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

COMPREV  
 COMPREV PREVIDENCIA S/A  
 PROTOCOLO  
 AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA

DETRAN - PB Nº 013931353035

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

1 0106211241-2 00/00000000 2018

JOSE NILTON UMBELINO

89300629468 QFJ8388/PB

NOVO 9C2KD0800FR053083

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

HONDA/NXR160 BROS ESD

2 P/162 /CI

00/00/0000 1º

0 PARCELAMENTO / COTAS 2º

SEGURO P A G O 13/07/2018

A. F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

NOVA OLINDA - PB 13/07/2018

35335

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A  
07 JUL 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013931353035 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

2018 13/07/2018

QFJ8388/PB

HONDA/NXR160 BROS ESD

9C2KD0800FR053083

PRÊMIO TARIFÁRIO

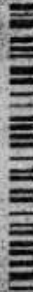
SEGURO P A G O

13/07/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.268.405/0001-04

35335-0955061-20180713



**CARTA A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DPVAT**

Itaporanga/PB, 04 de Agosto de 2019.

**BENEFICIÁRIO:** Alton Peneira da Silva

**CPF:** 055 645 404 92

Senhor Analista,

Com base na resolução SUSEP nº 332 de 09/12/2015, § 4º (O procurador a que se refere o parágrafo anterior deve ter poderes específicos reclamar o DPVAT, inclusive para apresentar e firmar documentos, direito que lhe é assegurado pela legislação).

Eu: **Edilson Rodrigues dos Santos**, brasileiro, casado, autônomo, portador do CPF: 039.247.064-09, podendo ser localizado na Rua: Euvídio Figueiredo, nº 22, Centro, Itaporanga/PB, bem como ser contratado pelo telefone (83) 999471520 e/ou endereço eletrônico sertão.assessoria@hotmail.com, atuando como bom e fiel Procurador do beneficiário: Alton Peneira da Silva, portador do CPF: 055 645 404 92.

Senhor Analista, venho respeitosamente solicitar a Vossa Senhoria, com base no Art: 92 e 94, do Código de Ética Médica (Art. 92: assinalar laudos periciais, auditorias ou verificação médico-legal quando não tenha realizado o exame pessoalmente. Art 94: intervir, quando em função de auditor, assistente técnico ou perito, nos atos profissionais de outro médico ou fazer qualquer apreciação em presença do examinado reservando suas observações para relatório), que o beneficiário acima identificado seja encaminhado ao setor de perícia e que o parecer relativo as suas seqüelas não sejam classificadas, apenas por médicos que não o examinem-no pessoalmente, por isso, ratifico meu pedido com respaldo no Art. 5º da Lei 6.194 de 19 de dezembro de 1974 (Art. 5º o pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado), a fim de garantir um direito ao qual se faz jus.

O documento segue assinado por mim, EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS.

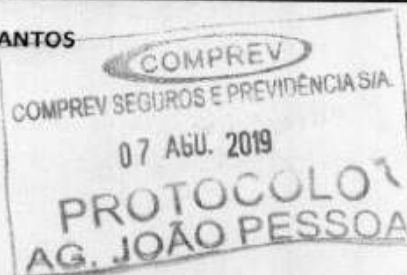
O referido é verdade. Dou fé.

Certo de atendido, agradeço antecipadamente.

Edilson Rodrigues dos Santos

**EDILSON RODRIGUES DOS SANTOS**

**CPF: 039.247.064-09**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190467433 **Cidade:** Itapororoca **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALBERTO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 17/04/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME ARTICULAR (2+/4+), ATROFIA DA MUSCULATURA DISTAL DA COXA EM 2,5 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 30°, DEAMBULA COM DIFICULDADE, DOR A PALPAÇÃO EM FACE MEDIAL DO PLANALTO TIBIAL, AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO INFERIOR ESQUERDO DEVIDO A LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO.

**Resultados terapêuticos:** PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM JOELHO ESQUERDO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 30/08/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190467433 **Cidade:** Itapororoca **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALBERTO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 17/04/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

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

**Data da análise:** 20/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @PG 1. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190467433 **Cidade:** Itapororoca **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ALBERTO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 17/04/2019 **Seguradora:** INVESTPREV SEGUROS E PREVIDENCIA

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

**Data da análise:** 20/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** @PG 1. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Alberto Pereira da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua PR. Mampungar nº 51, bairro PR. Rural, Município de Nova Olinda, Estado da (o) Paraná, Cep: 78798-000, portador(a) do Rg nº 3117112, e CPF nº 055.645.404.92.

**Outorgado:** Edilson Pechuguer dos Santos, brasileiro(a), estado civil casado, profissão Autônomo, residente e domiciliado(a) à Rua Carvalho Figueiredo nº 22, bairro Centro, Município de Itapora, Estado da (o) Paraná, Cep: 53780-000, portador (a) do RG nº 56152161, e CPF nº 039.242.064.09.

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) Alberto Pereira da Silva, ocorrido em 17.04.2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza matutela.

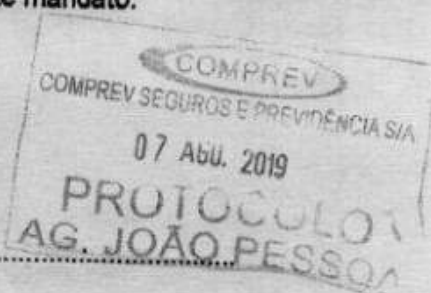
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim 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.

ITAPORANGA 02 de maio de 2019.

x Alberto Pereira da Silva

CPF Nº 055.645.404.92

Outorgante



Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de ALBERTO PEREIRA DA SILVA, ITAPORANGA/PR, 2 de maio de 2019.

Em test. Maria Rodrigues Custódio da verdade (Escrivente)

Selo Digital - AIN77516-BK5H

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

