



Número: **0801311-66.2020.8.15.0141**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Catolé do Rocha**

Última distribuição : **18/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.593,75**

Assuntos: **Indenização por Dano Material, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA (AUTOR)</b>	<b>FABRICIO ALVES DA SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39407 781	12/02/2021 09:54	<a href="#"><u>2784151_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos

# 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: 30/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03518

CONTA: 000000011714-1

---

Nr. da Autenticação D65F090B8981742A



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/02/2021 09:54:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021209545184100000037559558>  
Número do documento: 21021209545184100000037559558

Num. 39407781 - Pág. 1

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190701544      **Cidade:** Riacho dos Cavalos      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 04/09/2019      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DISTAL DA COXA EM 3 CM, BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 50°, ATROFIA EM REGIÃO PROXIMAL DA Perna EM TERRITÓRIO DA PANTURRILHA EM 2 CM, AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO PROXIMAL E MEDIAL DA TÍBIA ACOMETIDA COM PRESENÇA DE PALPAÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTese EM REGIÃO SUBCUTÂNEA, DOR ARTICULAR EM TERRITÓRIO DO TENDÃO PATELAR, ÁREAS DE CICATRIZAÇÃO POR SEGUNDA INTENSÃO COM MÚLTIPHAS RETRAÇÕES EM FACE ANTERIOR E INFERIOR DA PATELA LOCAL DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA, DEAMBULA COM DIFICULDADE, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, FAZ USO DE MULETA AXILAR PARA LOCOMOÇÃO DEVIDO A CLAUDICAÇÃO, AFIRMA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO ACOMETIDO.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 07/02/2020

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO JOELHO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

### 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 intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190701544      **Cidade:** Riacho dos Cavalos      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 04/09/2019      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 30/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @1

SINISTRO COM PAGAMENTO - VÍTIMA INDENIZADA POR AMD EM 20/12/2019 APRESENTA NOVO RELATÓRIO MÉDICO. 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 ANATÓMICAS 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 - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452990/19

**Vítima:** OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

**CPF:** 396.353.764-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/09/2019

**Titular do CPF:** OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

#### CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA : 048.720.414-02

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

#### OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA : 396.353.764-72

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/12/2019  
Nome: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA  
CPF: 048.720.414-02

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/12/2019  
Nome: JANE APARECIDA COSTA  
CPF: 619.395.799-53

\_\_\_\_\_  
CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

\_\_\_\_\_  
JANE APARECIDA COSTA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/02/2021 09:54:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021209545184100000037559558>  
Número do documento: 21021209545184100000037559558

Num. 39407781 - Pág. 4

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190701544      **Cidade:** Riacho dos Cavalos      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 04/09/2019      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 20/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA PLATÓ TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 07/08\_CIRURGIA

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190701544      **Cidade:** Riacho dos Cavalos      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 04/09/2019      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 20/12/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA PLATÓ TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE JOELHO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 07/08\_CIRURGIA

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

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





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, 18 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190701544**      **Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 04/09/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15266492

Pag. 00005/00006 - carta\_01 - INVALIDEZ



00030003



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/02/2021 09:54:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021209545184100000037559558>  
Número do documento: 21021209545184100000037559558

Num. 39407781 - Pág. 7

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, 04 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190701544**      **Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 04/09/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA**

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: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA**

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

Banco: **104**

Agência: **000003518**

Conta: **0000011714-1**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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, 31 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190701544**      **Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 04/09/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA**

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. 00353/00354 - carta\_02 - INVALIDEZ



00030177

Carta nº 15453234



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/02/2021 09:54:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021209545184100000037559558>  
Número do documento: 21021209545184100000037559558

Num. 39407781 - Pág. 9



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, 27 de Fevereiro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190701544**      **Vítima: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 04/09/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA**

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =      R\$ 2.531,25

**Recebedor: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000003518**

Conta: **0000011714-1**

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





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: *Elaine Domingos de Oliveira* 6 - CPF: *596.353.764-72*  
 7 - Profissão: *nao informado* 8 - Endereço: *Silveira Góes* 9 - Número: *512* 10 - Complemento: *casa*  
 11 - Bairro: *Zona Rural* 12 - Cidade: *Ricardo das Casas* 13 - Estado: *Paraíba* 14 - CEP: *58.870-000*  
 15 - E-mail: *(83)9.9633-0943* 16 - Tel.(DDD):

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\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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: *5518*

CONTA: *117 14*

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 Lider 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data,

*Catalá da Rocha 09-12-2019*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

*09/12/2019*



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/02/2021 09:54:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021209545184100000037559558>  
Número do documento: 21021209545184100000037559558

Num. 39407781 - Pág. 12

**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: 3190701544  
Nome do(a) Examinado(a): Otavio Domingos de Oliveira  
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Jaleco, S/N  
Area Rural Riacho dos Cavalos PB CEP: 58870-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SEM DOCUMENTO / ]  
Data local do acidente: [ 04/09/2019 ]  
Data local do exame: [ 07/02/2020 ] Pombal [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
- FRATURA EXPOSTA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO**

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

**Tratamento:** PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 04/09/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES, ANTIBIOTICOTERAPIA E IMOBILIZAÇÃO. NO DIA 11/09/2019 FOI SUBMETIDO A TOMOGRAFIA DEVIDO A GRAVE ACOMETIMENTO ARTICULAR EVIDENCIANDO FRATURA FRAGMENTADA DA REGIÃO MEDIA EPIFISÁRIA PROXIMAL DA TIBIA ALEM DE DERRAME ARTICULAR IMPORTANTE. NO DIA 26/09/2019 FOI REALIZADO FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA COM USO DE PLACA 4.5 MM EM L, MAIS PARAFUSOS CORTICais E ESPONJOSOS E PLACA 4.5 MM CONVENCIONAL COM PARAFUSOS CORTICais. RECEBEU ALTA APOS 24 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPEDICA.

**Complicações:** PACIENTE APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO PROXIMAL E MEDIAL DA TIBIA ACOMETIDA COM PRESENÇA DE PALPAÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTese EM REGIÃO SUBCUTÂNEA, DOR ARTICULAR EM TERRITÓRIO DO TENDÃO PATELAR, ÁREAS DE CICATRIZAÇÃO POR SEGUNDA INTENSÃO COM MULTIPLAS RETRAÇÕES EM FACE ANTERIOR E INFERIOR DA PATELA LOCAL DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA, DEAMBULA COM DIFICULDADE, FAZ USO DE MULETA AXILAR PARA LOCOMOÇÃO DEVIDO A CLAUDICAÇÃO, AFIRMA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO ACOMETIDO.

Data da Alta: 27/09/2019

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

**AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO:** APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DISTAL DA COXA EM 3 CM, BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 50°, ATROFIA EM REGIÃO PROXIMAL DA Perna EM TERRITÓRIO DA REGIÃO DA PANTURRILHA EM 2 CM, AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO PROXIMAL E MEDIAL DA TIBIA ACOMETIDA COM PRESENÇA DE PALPAÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTese EM REGIÃO SUBCUTÂNEA, DOR ARTICULAR EM TERRITÓRIO DO TENDÃO PATELAR, ÁREAS DE CICATRIZAÇÃO POR SEGUNDA INTENSÃO COM MULTIPLAS RETRAÇÕES EM FACE ANTERIOR E INFERIOR DA PATELA LOCAL DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA, DEAMBULA COM DIFICULDADE, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, FAZ USO DE MULETA AXILAR PARA LOCOMOÇÃO DEVIDO A CLAUDICAÇÃO, AFIRMA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO ACOMETIDO.

- 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 3 CM  
BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO  
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 50°

ATROFIA EM REGIÃO PROXIMAL DA Perna EM TERRITÓRIO DA REGIÃO DA PANTURRILHA EM 2 CM  
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II

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-PB  
TEOT 14830



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/02/2021 09:54:52  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021209545184100000037559558  
Número do documento: 21021209545184100000037559558

Num. 39407781 - Pág. 13



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL N° 1089/2019

Natureza da ocorrência: **ACIDENTE COM MOTO**  
Data do fato: **04/09/2019** hora: **19h20min**

Notificante: **OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA**, alcunha "\*\*\*\*",  
Nacionalidade: Brasileiro, naturalidade: Riacho dos Cavalos-PB,  
nascido em 27/12/1964, documento: CPF N° 396.353.764-72 RG N°  
983.392-SSP/PB, filho de Jacira Maria de Oliveira e de Sebastião  
Felipe de Oliveira, endereço: Sítio Jaleco-Zona Rural de riaho dos  
Cavalos-PB, referência: 83-99833-0973.

Sob a responsabilidade do Del. Pol.: **HOMERO PERAZZO FILHO**

Vítima: **\*\*\***, alcunha "\*\*\*\*", Nacionalidade: **\*\*\***, naturalidade: **\*\*\***,  
idade: **\*\* \*\*\***, nascido em **\*\*/\*\*/\*\*\***, cor/raça: **\*\*\*\*\***, Estado  
Civil: **\*\*\*\*\***, Profissão: **\*\*\***, Escolaridade: **\*\*\*\*\***,  
documento: **\*\*\***, filiação: **\*\*\*** e de **\*\*\***, endereço: **\*\*\*\*\* \*\*\***,  
referência: **\*\*\***. Tel/Cel: **(\*\*) \*\***;

**HISTÓRICO DO FATO**

O(a) notificante, após cientificado(a) das penalidades cominadas ao Art. 299 do CPB, declarou o SEGUINTE: QUE, em data de 04/09/2019, às 19h20min, conforme ficha de atendimento médico/ambulatorial do Hospital Regional de Catolé do Rocha-PB, onde consta que este notificante foi vítima de acidente com moto, quando conduzia sua moto de marca HONDA/CG 150 TITAN KS, de cor preta, ano/modelo 2009/2009, CHASSI N° 9C2KC15109R033476, de placas MON-3103/PB, registrada em nome de JANDIVAN CARNEIRO DE ANDRADE, portador do CPF n° 041.861.954-98, pela via urbana de nome Rua do alto situada na cidade de riacho dos Cavalos-PB, foi deixar sua esposa em uma clínica para realizar um sessão de fisioterapia, e no retorno para sua residencia, quando foi surpreendido por um veículo puxando um reboque que atravessou na frente deste notificante onde veio a colidir no reboque senso jogado de cima de sua moto, onde houve uma fratura exposta da perna esquerda em vários locais, sendo socorrido por terceiros para o Hospital Regional de Catolé do Rocha-PB, devido a gravidade do acidente, foi transferido para o Hospital Regional da cidade de Sousa, onde passou por procedimentos hospitalares. Por esse motivo comunica o fato e pede providências. Nada mais a consignar.

Catolé do Rocha, 13 de novembro de 2019. Às 15:50 horas.

*Otavio Domingos de Oliveira*

Notificante

Testemunha Arrogada

Assinatura do Policial responsável pelo registro  
José Carlos da Silva Filho  
Matrícula: 135.602-0





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: *Elaine Domingos de Oliveira* 6 - CPF: *596.353.764-72*  
 7 - Profissão: *nao informado* 8 - Endereço: *Silveira Góes* 9 - Número: *512* 10 - Complemento: *casa*  
 11 - Bairro: *Zona Rural* 12 - Cidade: *Ricardo das Casas* 13 - Estado: *Paraíba* 14 - CEP: *58.870-000*  
 15 - E-mail: *(83)9.9633-0943* 16 - Tel.(DDD):

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\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 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: *5518*

CONTA: *117 14*

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 Lider 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data,

*Catalá da Rocha 09-12-2019*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

*Elaine Domingos de Oliveira*



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/02/2021 09:54:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021209545184100000037559558>  
Número do documento: 21021209545184100000037559558

Num. 39407781 - Pág. 16



Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 24/09/18	Lerteras 129	Data 24/10/18	Lerteras 130	
<b>Demonstrativo</b>				
Quantidade Tarifa: Vaz. Base Cota: Alt. Isons/RE: Base Calc. Fis. (R\$) : Outros (R\$)				
0001 Consumo em kWh	37.000 0.775795	01.87 01.97 25	12.39 01.97 0.43	2.00
0001 Adm. E. Vazante		0.79 0.79 25	0.18 0.79 0.01	0.03
0001 Adm. E. Vazante		1.15 1.15 25	0.29 1.15 0.01	0.04
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0001 CONTRIBUÇÃO IOM PÚBLICA	13.52	0.00 0	0.00 0.00	0.00
0004 JUROS DE MORA 09/2018	0.02	0.00 0	0.00 0.00	0.00
0005 MUITA 09/2019	0.00	0.00 0	0.00 0.00	0.00
0001 REBIT BAND AMAR RESIDENCIAL 05/2019	0.02	0.00 0	0.05 0.00	0.00

CC: Código de Classificação do item - TOTAL	86,81	22,85	13,48	53,89	0,48	3,07
<b>VENCIMENTO</b>						
	31/10/2019					
		<b>TOTAL A PAGAR</b>				
			<b>R\$ 68,51</b>			

Historico de Consumo (kWh)

25 | 50 | 26 | 26 | 28 | 38 | 54 | 44 | 38 | 35 | 26 | 10 | 55  
Quart. Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19 Mar/19 Abr/19 Maio/19 Jun/19 Jul/19 Ago/19 Set/19

**RESERVADO AO FISCO**

b1c1.e28e.c45c.f3fc.eceb.dcc8.b4c4.f9e4.

Indicadores de Qualidade - 2019 - Câmbio Setembro			Composição do Consumo		
Unidades da ANEEL	Apurado	Unidade de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)	%
DCM-MENSAL	11.89		Demanda de Cota de Energia (R\$)	14.48	21.13
DCM-TRIMESTRAL	22.18	0.00	Demanda de Cota de Energia (R\$)	10.26	15.31
DCM-ANUAL	46.35		Demanda de Cota de Energia (R\$)	2.15	3.14
FCM-MENSAL	7.87	0.00	Demanda de Cota de Energia (R\$)	2.15	2.79
FCM-TRIMESTRAL	13.34		Demanda de Cota de Energia (R\$)	50.86	64.74
FCM-ANUAL	35.79		Demanda de Cota de Energia (R\$)	0.00	0.00
DCRE	18.37	0.00	Total	68,51	100,00
DCRE	18.60	220			

Ver anexo B100 Ref. 8/2019/43890

ATENÇÃO

Lerteria confirmada

Fatura em atraso

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL  
00190 00009 02624 912008 07877 923172 8 80590000006851  
PAGADOR: VALTELIA MARQUES DA SILVA OLIVEIRA - CNPJ: 910.473.584-08  
SIT JALECO, S/N / SIT JALECO - ÁREA RURAL - PR

Nota fiscal

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, CLEMILDA MARIA DE SOUS,

RG nº 002.309.898, data de expedição 10/07/2019, Órgão SSP/RN,

CPF Nº 048.720.414-02, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar que endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA AUSTOR GONÇALVES DINIZ
Número	445
Apto / Complemento	CASA
Bairro	TANCREDO NEVES
Cidade	CATOLE DO ROCHA
Estado	PARAIBA
CEP	58884-000
Telefone de contato	(83)9.9936-1763 / 9.9833-0973
E-mail	jadrianomaia@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: CATOLEÉ DO ROCH-PB 01/10/2019

Assinatura do Declarante:

Clemilda maria de Sousa





## 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 RESEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Clemilda maria de Souza

inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.720.434 / 02 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Flávia Domingos de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 396.353.761-72

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Flávia Domingos de Oliveira

inscrito (a) no CPF sob o Nº 396.353.764 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: não informado Renda: 0,00 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 cláster Gonçalves Rêgo</u>	Número:	<u>445</u>	Complemento:	<u>casa</u>
Bairro:	<u>Tomé de Souza</u>	Cidade:	<u>Paráiba</u>	Estado:	<u>58.884-000</u>
Local:	<u>Cidade da Rocinha</u>			Tel. (DDD):	<u>(83) 9.9833-0973</u>
E-mail:	<u>-</u>				

Local e Data: Catolé da Rocinha - 09/12/2020

Clemilda maria de Souza

Assinatura do Declarante





ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO  
MAIA DE VASCONCELOS



### Declaração

DECLARAMOS para os devidos fins de direito que, OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA, RG: Nº 983.391 SSP/PB, residente e domiciliado no Sítio: Jaleco – Riacho dos Cavalos - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar por Dr. Carlos Antônio de S. Nunes - CRM/9764, no dia 04 de Setembro de 2019. Deu entrada na Urgência e Emergência, vítima de acidente de moto (colisão x com reboque), foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida liberado. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

*Giula Darllen R. Monteiro*  
Giula Darllen de Freitas Raimalho Monteiro  
Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 05 de Dezembro de 2019.

Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos  
Rua: Castelo Branco, 349 Batalhão – Cep: 58884-000 – Catolé do Rocha – PB  
Email: Tel. (83)3441-2280



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/02/2021 09:54:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021209545184100000037559558>  
Número do documento: 21021209545184100000037559558

Num. 39407781 - Pág. 20

CNPJ: 08.778.258/0001-60

CNPJ: 08.778.258/0001-60

UF: PB

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

99

---

www.english-test.net

Nome: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

91187

RELATORIO DE ENFERMAGEM

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/02/2021 09:54:52

<http://pjje.tipb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021209545184100000037559558>

Número do documento: 21021209545184100000037559558

Num. 39407781 - Pág. 22

MAT.: 134.455

Nome: Gláucio Domingos de Oliveira Bloco: \_\_\_\_\_ Apt.: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
nasc.: 27/12/69 Est. Civil: \_\_\_\_\_ Resp.: Valéria do Prado Oliveira \_\_\_\_\_  
Endereço: Rua das Flores, 123, Bairro das Flores, PB  
Cidade: João Pessoa, PB  
E-mail: \_\_\_\_\_  
Paciente: \_\_\_\_\_  
Assistente: \_\_\_\_\_  
Clínica: Cirúrgica Ortopédica  
Data Internação: 05/09/2019 Peso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_  
P.A.: \_\_\_\_\_

AMNESE:

Sintoma Principal:

Dor em joelho E.

Sintoma da Doença Atual:

Paciente vítima de acidente motociclistico dia 04/09/19  
às 18h. Tendo trauma em joelho esquerdo.  
Quando se deparou com a impossibilidade  
de andar e correr.

ME FÍSICO:

BEC, Glasgow 15

NVR.

edema e dor joelho E.  
flextens.

Sutura em joelho tibial E.

Cicatriz rosa - negra.

Tela injuria podálica

INÓSTICO:

Diagnóstico:

FRATURA PUAN TIBIAL E. (experto).  
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04.17.5 - 50.353  
Ortopédia e Traumatologia  
CRM/PE 1232/ACT 15149



 <b>SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b>		<b>ESTADO DA PARAÍBA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE</b> <b>FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL</b>
<b>UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UFS):</b> <b>CÓDIGO DA UNIDADE: 261347ENPJCRF: 08.778.267/0027-08</b> <b>NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES DE ABRAHANTES</b> <b>ENDEREÇO: RUA JOSÉ FACUNDO DE LIMA BAGATO PRETO N° 433 CEP: 58.902-160.</b> <b>MUNICÍPIO: SOUSA</b> <b>ESTADO: PARAÍBA/UF:PB</b>		
<b>PACIENTE:</b> <i>Domínia</i> <i>de Oliveira</i> <b>SUS:</b> <i>100.00004244.0104</i> <b>RADE:</b> <i>54</i> <b>SEXO:</b> <i>M</i> <b>RACA:</b> <i>Escurinho</i> <b>DATA NASC:</b> <i>27/12/63</i> <b>PROFISSÃO:</b> <i>Desenhista</i> <b>ENDERECO:</b> <i>Av. 12 de Julho</i> <b>MUNICÍPIO:</b> <i>Flávio dos Bona</i> <b>BAIRRO:</b> <i>Zona Rural</i> <b>CEP:</b> <i>58.902-160</i> <b>ESTADO:</b> <i>PB</i> <b>DOCUMENTO:</b> <i>05.00.119</i> <b>DATA DO ATENDIMENTO:</b> <i>05/02/2021</i> <b>COD. MUNICÍPIO:</b> <i>58000</i> <b>CONTATO ( )</b> <i>53 9911-1111</i> <b>Mãe:</b> <i>...</i> <b>Acompanhante:</b> <i>...</i>		<b>TIPO DE ATENDIMENTO:</b> <input type="checkbox"/> 01- ATENDIMENTO DE URGÊNCIA / EMERG <input type="checkbox"/> 02- PRIMEIRA CONSULTA (ELETTIVA) <input type="checkbox"/> 03- CONSULTA SUBSEQUENTE (ELETTIVA) <input type="checkbox"/> 04- ATENDIMENTO DE URGENCIA/EMERGÊNCIA COM REFERÊNCIA PARA OUTRA <input type="checkbox"/> 05- VACINAÇÃO DE ROTINA <input type="checkbox"/> 06- VACINAÇÃO DE BLOQUEIO (SURTOS OU SITUAÇÕES PESICULARES) <input type="checkbox"/> 07- PRIMEIRA CONSULTA ANUAL COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNI <input type="checkbox"/> 08- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNI <input type="checkbox"/> 09- CONSULTA SUBSEQUENTE COM REFERÊNCIA PARA OUTRA UNI
<b>ANAMNESE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:</b> <i>Paciente sou atendida no HES proviniente da cortei do peito sem queixas de dor com história de distensão abdominal dia 24/09/19 à 18h. Obi (120/80) s/pele clara de humor s/edema e pressão tibial (perna) s/pele s/edema tibia. Pele incolorada s/edema.</i> <b>Exa:</b> <i>B66, Glasgow 6</i> <b>último humor</b> <i>100%</i> <b>EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE:</b> <i>TIROS</i> <b>Pulso:</b> <i>P</i> <b>Arteria tibial</b> <i>auscultada</i> <b>Pulso:</b> <i>P</i> <b>Arteria tibial</b> <i>auscultada</i> <b>RESULTADOS</b> <i>c1 urato ssp - neg.</i> <i>flacidez em dor.</i>		
<b>MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECUSOS</b> 1. <i>...</i> 2. <i>...</i> 3. <i>...</i> 4. <i>...</i> 5. <i>...</i>		<b>ASS. DO(S) PROFISSIONAL(IS) ASSISTENTE(S) - CARIMBOS</b> <b>ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL</b> <i>Recepção</i> <i>0800-11332100</i> <b>POLEGAR</b>
<b>ASS. DO REVISOR TÉCNICO - CARIMBO</b> <i>Assessoria de Qualidade</i> <b>ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO</b>		



HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA

Estado da Paraíba  
HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA D.E.P. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO
27/09/2010	1) Dextrose 5% 100ml a cada 8h. 2) Infusão contínua de 0,9%生理盐水 1000ml/h. 3) Fazendo 100ml de 10% Dextrose a cada 100ml de 0,9%生理盐水. 4) Dextrose 100ml a cada 100ml de 0,9%生理盐水.	12h - Faz 100ml de 10% Dextrose a cada 100ml de 0,9%生理盐水. 12h - Faz 100ml de 10% Dextrose a cada 100ml de 0,9%生理盐水.	Reporte Dr. Steiner
			Relatório de infusão de 0,9%生理盐水 com 10% Dextrose. Infusão contínua de 1000ml/h. A infusão está em andamento.
			Medicamento: Dextrose 10% 1000ml. Solução: 0,9%生理盐水. Volume: 1000ml. Velocidade: 1000ml/h. Início: 12h. Fim: 22h.
			Medicamento: Dextrose 10% 1000ml. Solução: 0,9%生理盐水. Volume: 1000ml. Velocidade: 1000ml/h. Início: 12h. Fim: 22h.



Nome do Paciente		HRS	
Otávio Daigues de Oliveira		Nº Prontuário	
Data Operação	06/09/19	Enf.	Leito
Operador	Daniel Brose		
2.º Auxiliar	1.º Auxiliar		
Anestesista	Rafael		
Diagnóstico Pré-Operatório	Fútor exposto plato fibular Q		
Tipo de Operação LMC + FG			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Inmediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Técnica e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral

- Perito e DOR
- Anapox e cat - sepsis
- Aposição de Campus lobos
- Limpeza exaustiva com Cloroxide degenerado + SF 0,9%
- Aposição de fixador externo transorticular
- Limpeza
- Curatínea

CRM-PR 9248  
Dr. Daniel B. C. G.  
Ortopedia e Traumatologia



Hospital		HRS	
Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Otávio		Dominikos de Oliveira 134455	
Iti	Data Operação	Enf.	Leito
M	26/9/19		
Di	Operador	Dr. TIAGO	1.º Auxiliar Dr. DIEGO
A	2.º Auxiliar	2.º Auxiliar	Instrumentador
Q	Anestesista	Dr. Alberto	Tipo de Anestesia
	Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura exposto plato tibial (R).	
	Tipo de Operação	Fracionaria plato tibial (R).	
	Diagnóstico Pós Operatório		
	Relatório Imediato do Patologista		
	Exame Radiológico no Ato	SGM	
	Acidente Durante a Operação		

#### DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

Pcte DOKP Roquimenteri  
 Armapia e antíarquia  
 gernotc NSE.  
 Trauam em duplo via farto (R) imbr.  
 1/2 farto e on promedal.  
 Dimens por planos  
 Redutor de fissur. e fixação et dix  
 placq (1/2 farto e medul).  
 Estabilizad  
 Sutura do T. posterior (R) - tinha ru  
 Limpaz fo.  
 fatores por fibra  
 fatores usados  
 retirado orofte  
 por auxiliar auxiliar

Dr. Diego S. Santiago  
 Dr. de Traumatologia  
 CR-15149



## Relatório Médico

Paciente Otavio Domingos de Oliveira, 55 anos, vítima de acidente com moto (colisão moto x reboque) no município de Riacho dos Cavalos- PB no dia 04/09/2019 com BO de número 1089/2019.

Apresentava, em decorrência do acidente, fratura exposta no platô tibial esquerdo e escoriações pelo o corpo.

Foi submetido a limpeza + procedimento cirúrgico para tratamento da fratura em ossos do joelho esquerdo com redução + fixação com colocação de fixador externo por um período de 20 dias, em seguida o mesmo submeteu-se a novo procedimento cirúrgico para a retirada do fixador externo + colocação de fixação com 01 placa de titânio + parafusos metálicos e tratamento conservador com uso de anti-inflamatório, analgésicos e repouso. O mesmo relata que realizou 20 sessões de fisioterapia e recebeu alta definitiva em 20/01/2020.

Ao exame:

Observo presença de cicatrizes pelo o corpo.

Joelho esquerdo apresenta múltiplas cicatrizes extensas localizado na face anterior do mesmo (Cicatrizes do fixador externo + acesso cirúrgico), edema residual muito importante, dor a palpação, dor a mobilização passiva e ativa, bloqueio ativo dos movimentos de flexão e extensão, ausência de força muscular dos movimentos de flexão e extensão e parestesia no MIE. Paciente deambula em marcha claudicante.

Do exposto, concluo que há debilidade permanente e limitação em 75% da capacidade funcional do joelho esquerdo.

Sousa, 22.01.2020

Dr<sup>a</sup> Luiziane Lira N. Fontes

Médica

CRM/PB-8445

Luiziane Lira Nobre Fontes

CRM: 8445 - PB



Do exposto, concluo que há limitação em 75% da capacidade funcional do MSD + hemitorax direito. Considerando comprometimento funcional permanente para as atividades laborativas e/ou da vida diária.

Sousa, 22.01.2020

Dra Luiziane Lira N. Fontes  
Médica

CRM/PB-3445

Luiziane Lira Nobre Fontes

CRM:3445 - PB





ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL REGIONAL DR. AMÉRICO  
MAIA DE VASCONCELOS



## Declaração

**DECLARAMOS** para os devidos fins de direito que, OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA, RG: Nº 983.391 SSP/PB, residente e domiciliado no Sítio: Jaleco – Riacho dos Cavalos - PB, foi atendido nesta Unidade Hospitalar por Dr. Carlos Antônio de S. Nunes - CRM/9764, no dia 04 de Setembro de 2019. Deu entrada na Urgência e Emergência, vítima de acidente de moto (colisão x com reboque), foram feitos os primeiros procedimentos e em seguida liberado. Conforme cópia da ficha de atendimento ambulatorial, anexa.

As informações citadas encontram-se arquivadas, o referido é verdade e vai por mim assinada.

*Giula Darllen A. R. Monteiro*  
Giula Darllen de Freitas Ramalho Monteiro  
Diretora Geral

Catolé do Rocha – PB, 05 de Dezembro de 2019.

Hospital Regional Dr. Américo Maia de Vasconcelos  
Rua: Castelo Branco, 349 Batalhão – Cep: 58884-000 – Catolé do Rocha – PB  
Email: Tel. (83)3441-2280



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/02/2021 09:54:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021209545184100000037559558>  
Número do documento: 21021209545184100000037559558

Num. 39407781 - Pág. 30



## RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Nome: OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

Lelto

SINAIS VITAIS



MAT: 134.455

ie: Otávio Domingos de Oliveira  
nº Bloco: \_\_\_\_\_ Apt.º: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
nº 27, 12, 69 Est. Civil: \_\_\_\_\_ Resp.: Valtiago do Nascimento  
Cidade: Rio de Janeiro Est.: PRB  
Assistente: Dr. Deogo Clinica: Cirúrgica Ortopédica  
da Internação: 05/09/2019 Peso: \_\_\_\_\_ Temperatura: \_\_\_\_\_ P.A.: \_\_\_\_\_

AMNESE:

Doença Principal:

Dor em joelho E.

Origem da Doença Atual:

Paciente vítima de acidente motociclistico dia 01/09/19.  
a 18h. Tenho trauma em joelho esquerdo.  
Quando de dor loca e impossibilidade  
de andar e correr.

ME FÍSICO:

BEC, Glasgow 15

NVC

edema + dor joelho E.

flexion.

Suturo em j. proximal tibio E.

curtoço solo - seco.

Tela injuria podálica

INÓSTICO:

limento:

FRATURA PLANO TRIBIAL E. (exerto).  
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

LE-1175-5-SE-38  
Ortopédia e Traumatologia  
CRM/PE 42232 LTC 15149





ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

## UNIDADE PRESTADORA DE SERVIÇO (UPS)

卷之三

**NATUREZA DA CONSULTA**  
CARAGUATUCA/PR  
CONSULTA BÁSICA (PAB): \_\_\_\_\_  
CONSULTA ESPECIALIZADA: \_\_\_\_\_

CÓDIGO DA UNIDADE: 2613476N/1C/01-08/18.26/0027-08

WNTES

## PROCEDIMENTO

**NOME: HOSPITAL DEPUTADO MANOEL GONÇALVES**  
**ENDEREÇO: RUA JOSÉ FACUNDO DE LIRA BAGATO PRETO N° 433 CPE: 58.802.1600**  
**CEP: 80.010-015 - FONE: 3221-0150 - FAX: 3221-0150**

111

**PACIENTE:** *Adriely Domingos de Oliveira*  
**SUS:** *100.000-042-440* **Idade:** *54* **SEXO:** *M* **RACA:** *Preto*  
**DATA NASC:** *27/12/69* **PROFISSÃO:** *Recepcionista*  
**ENDERECO:** *Rua: 100, Bairro: Centro, Município: Rio Branco dos Bugres*  
**BAIRRO:** *Zona Rural* **MUNICIPIO:** *Rio Branco dos Bugres*  
**ESTADO:** *RO* **CEP:** *69.000-000* **DOCUMENTO:** \_\_\_\_\_  
**DATA DO ATENDIMENTO:** *05/08/99* **COD. MUNICIPIO:** \_\_\_\_\_  
**CONTATO:** \_\_\_\_\_ **Mãe:** \_\_\_\_\_

**ANAMNESE DE EXAME FÍSICO SUMÁRIO:**

so KPS provincial cobei

INTRODUCTION

Padre que en su cargo no ha presentado de corrupción  
de parte de su personal de 1925 con motivo de  
nudismo notorio visto el 4/10/1919. A 18h.  
En el resultado nuboso de su cargo  
y presentó a los (principales) supuestos de corrupción. Tela.  
Hijo incomprensible al resultado.

cl. *urofus* sup - *anuel.*  
*heterodon* *anuel.*

Recepcionista: Yessica Quintana 15149  
Oncopediatra: Yessica Quintana 10532 TE01

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS

Wood index

• 6

3. At 8 o'clock in the morning of Friday  
4. originated in  
5. in London

Ass. do Revisor Técnico - CARIMBO

ADMINISTRATIV

Assinada  
http://pje  
Número

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/02/2021 09:54:52

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021209545184100000037559558>

Número do documento: 21021209545184100000037559558

Num. 39407781 - Pág. 34



Estado da Paraíba

HOSPITAL REGIONAL DE SANTOS

# HOSPITAL REGIONAL DE SOUSA D.E.P. MANOEL GONÇALVES DE ABRANTES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: <u>Maluca Duivulgo</u> Idade: <u>54a</u> Cor: <u>Enternac.</u> DATA: <u>03</u> Leito: <u>02</u> Categoria: <u>Urticária</u>			
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	RELATÓRIO
	<p>20/09/2010</p> <p>1. Ojetos de arame ferroxiado</p> <p>2. Estimolar a urticária</p> <p>3. Aplicar pomada de urticária</p> <p>4. Tomar 1000mg de ciprofloxacino</p> <p>5. Tomar 1000mg de ibuprofeno</p> <p>6. Tomar 1000mg de acetaminofeno</p>	<p>20/09/2010</p> <p>1. Fiz</p> <p>2. Fiz</p> <p>3. Fiz</p> <p>4. Fiz</p> <p>5. Fiz</p> <p>6. Fiz</p>	<p>20/09/2010</p> <p>1. Sintomas urticárias</p> <p>2. Sintomas urticárias</p> <p>3. Sintomas urticárias</p> <p>4. Sintomas urticárias</p> <p>5. Sintomas urticárias</p> <p>6. Sintomas urticárias</p>



Nome do Paciente		HRS	
Otávio Daiges de Oliveira		Nº Prontuário	
data Operação	06/09/19	Enf.	Leito
Operador	David Broze	1.º Auxiliar	
2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesia	Ralfo	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	Fútor expora plato fríbil 0		
Tipo de Operação	LMC + FG		
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente Durante a Operação			

### DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Técnica - Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceral

- Perito e DOR
- Traçado e anti-sepsia
- Aproxim. do Complexo rotuliano
- Limpeza exaustiva da Claroide degenerata + 500,0%
- Aproxim. de fixador externo transorticular
- Limpeza
- Curativos

*J*  
CRM-PP 9248  
Dr. Daniel B. Cunha  
Ortopedia e Traumatologia



Hospital

HRS

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Ovílio Domingos de Oliveira		134455	
R	Data Operação	Enf.	Leito
M	Operador	Dr. TIAGO	1.º Auxiliar Dr. DIEGO
D	2.º Auxiliar	3.º Auxiliar	Instrumentador
A	Anestesista	Dr. Alberto F.	Tipo de Anestesia
O	Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura exposta plato tibial (E).	
E	Tipo de Operação	Interventão plato tibial (E).	
	Diagnóstico Pós Operatório		
	Relatório Imediato do Patologista		
	Exame Radiológico no Ato	SEM	
	Acidente Durante a Operação		

## DESCRICAÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

Pick DOME Requisitos  
Anestesia e anticoag.

gerente M.S.

Fratura em duplo via farto (E) 1mkm  
lateral e onda medial.

Dividir por planos  
pedículo da fíbula fixar a fratura e afixar  
placa fáscia (lateral e medial).

Superior do T. posterior (E) - farto ru

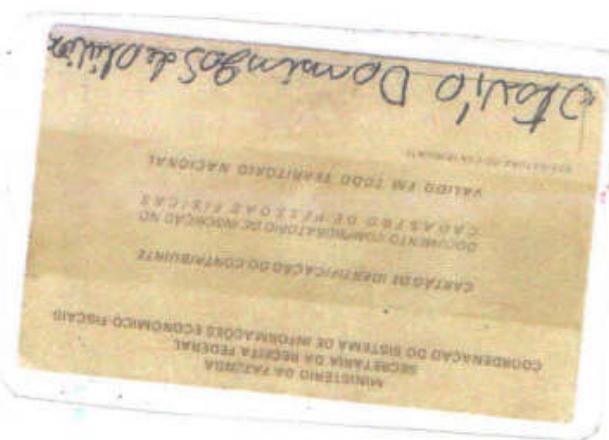
Limpaz? FO -  
farto por planos (E)

caixa óssea esfínter  
retrodo omofore

ao auxílio de mola?

Diego S. Santiago  
Dr. Traumatologia  
0015149







REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES	
L A C R E		DETAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
VIA- RE	ODD-RENAN	NR- RPT- 0014627771-6	Nº 012506509048 20161300001802-1 00/00000000 2016
NOME JANDIVAN CARNEIRO DE ANDRADE			
0 0 4 1 0 0 4 7 6 2 1	0 0 4 1 0 0 4 7 6 2 1	0 0 4 1 0 0 4 7 6 2 1	0 0 4 1 0 0 4 7 6 2 1
04186195498		PLACA MON3103/PB	
NOVO		CHASSI 9C2KC15109R033476	
PAS/MOTOCICLE/NAO APLICA		COMBUSTIVEL GASOLINA	
HONDA/CG 150 TITAN KS		ANO FAB. 2009	ANO MOD. 2009
2 P/149 /CI		CATEGORIA PARTIC	
COTA UNICA IPVA PAGO EM PAÍSA IPVA *****		VENC COTA UNICA 21/03/2016 PARCELAMENTO / COTAS 0	
PREMIO TARIIFARIO (R\$) *****		VENC / COTAS 1 <sup>o</sup> 2 <sup>o</sup> 3 <sup>o</sup>	
ID IPVA		PREMIO TOTAL (R\$) SEGURO P A G O 21/03/2016	
DATA DE PAGAMENTO			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO DOCUMENTO DE PÓRTE OBRIGATÓRIO NAO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
RIACHO DOS CAVALOS - PB 14001		DATA 08/04/2016 33928	

PB N° 012506509048		BILHETE DE SEGURO D	
<p><b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA <a href="http://www.dpvatsegurodotransito.com.br">www.dpvatsegurodotransito.com.br</a></b></p> <p><b>SAC DPVAT 0800 022 1204</b></p>			
		<b>EXERCÍCIO</b>	<b>DATA-EMIŠE</b>
		<b>2016</b>	<b>08/04/</b>
VIA	CPF / CNPJ		PLACA
	<b>04186195498</b>		<b>MON3103</b>
RENAVAM	MARCA / MÓDELO		
<b>00146277716</b>	<b>HONDA/CG 150 TITAN KS</b>		
ANO-FAB.	CAT. TARE	Nº CHASSI	
<b>2009</b>	<b>9</b>	<b>9C2KC15109R033476</b>	
<b>PRÊMIO TARIFÁRIO</b>			
FINS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO	
*****	*****	*****	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO
*****		<b>SEGURO</b>	<b>P A G O</b>
PAGAMENTO		DATA DEQUITACAO	
<input type="checkbox"/> SNOTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	<b>21/03/20</b>	
<p><b>SEGURADORA LÍDER - DPVAT</b>            CNPJ 05.248.808/0001-04  <a href="http://www.seguradoralider.com.br">www.seguradoralider.com.br</a></p>			
<b>33928-1500538-20160408</b>			



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190701544      **Cidade:** Riacho dos Cavalos      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 04/09/2019      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO PLANALTO TIBIAL ESQUERDO

**Descrição do exame físico:** AO EXAME DO JOELHO ESQUERDO: APRESENTA ATROFIA DA MUSCULATURA DISTAL DA COXA EM 3 CM, BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A FLEXÃO DO JOELHO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 50°, ATROFIA EM REGIÃO PROXIMAL DA Perna EM TERRITÓRIO DA PANTURRILHA EM 2 CM, AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO PROXIMAL E MEDIAL DA TÍBIA ACOMETIDA COM PRESENÇA DE PALPAÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTese EM REGIÃO SUBCUTÂNEA, DOR ARTICULAR EM TERRITÓRIO DO TENDÃO PATELAR, ÁREAS DE CICATRIZAÇÃO POR SEGUNDA INTENSÃO COM MÚLTIPHAS RETRAÇÕES EM FACE ANTERIOR E INFERIOR DA PATELA LOCAL DE EXPOSIÇÃO ÓSSEA, DEAMBULA COM DIFICULDADE, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, FAZ USO DE MULETA AXILAR PARA LOCOMOÇÃO DEVIDO A CLAUDICAÇÃO, AFIRMA IMPOSSIBILIDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO ACOMETIDO.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 07/02/2020

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** VITIMA JÁ INDENIZADA POR DANO MODERADO DO JOELHO ESQUERDO, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO JOELHO ESQUERDO.

**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 intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190701544      **Cidade:** Riacho dos Cavalos      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA      **Data do acidente:** 04/09/2019      **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

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

**Data da análise:** 30/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA PLATÔ TIBIAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @1

SINISTRO COM PAGAMENTO - VÍTIMA INDENIZADA POR AMD EM 20/12/2019 APRESENTA NOVO RELATÓRIO MÉDICO. 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 ANATÓMICAS 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 - 0 %	0%	R\$ 0,00
		<b>Total</b>	<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: Elvio Domingos de Oliveira Orgão Emissor: 65 P/DB CPF: 396.353.764-72  
RG: 983.392 Est. Civil: Casado Profissão: agricultor  
Nacionalidade: 27.12.64 Nº: 51/2  
Endereço: 5616 Jales  
Bairro: Zona Rural Cep: 58.870-000 Cidade/UF: Riachos dos Casados/PB  
Telefone: (83) 9.9833-0973 (83) 9.9936-1762 ( )

### OUTORGADO:

Nome: Clenilda Maria de Souza Orgão Emissor:  CPF: 048.720.414-02  
RG: 002.309.898 Est. Civil: casado Profissão: Beneficiaria  
Nacionalidade: 19-05-1949 Nº: 445  
Endereço: Rua Antônio Gonçalves Pinho  
Bairro: Semprede meses Cep: 58.874-000 Cidade/UF: Catolé do Rocha/PB  
Telefone: (83) 9.9936-5762 (83) 9.9833-0977 ( )

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes específicos para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar e solicitar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto às seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro DPVAT referente à:

Vítima: Elvio Domingos de Oliveira Data do Acidente: 04/09/2019  
CPF: 396.353.764-72 ( ) DAMS ( ) Morte  
Cobertura solicitada: (X) Invalidez Permanente

Riachos dos Casados 03-32-2019  
Local e data

Elvio Domingos de Oliveira

Assinatura do Outorgante (reconhecer firma por autenticidade)





Selo Digital: AJI94524 - UOEF

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

Conheço a(s) Firma(s) Maria de Fátima Furtado Vaz de Olávis Borsinigos de Oliveira  
por Autenticidade dou fé  
Riachão das Neves, 03/12/2019  
Em Teste: Alfay ) da verdade



OFICIALA  
Maria de Fátima Furtado Vaz  
Oficiala do Registro Civil  
Riachão das Neves-RJ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/02/2021 09:54:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021209545184100000037559558>  
Número do documento: 21021209545184100000037559558

Num. 39407781 - Pág. 44

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0452990/19

**Número do Sinistro:** 3190701544

**Vítima:** OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

**CPF:** 396.353.764-72

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 04/09/2019

**Titular do CPF:** OTAVIO DOMINGOS DE OLIVEIRA

**Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/01/2020  
Nome: CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA  
CPF: 048.720.414-02

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020  
Nome: JANE APARECIDA COSTA  
CPF: 619.395.799-53

\_\_\_\_\_  
CLEMILDA MARIA DE SOUSA SILVA

\_\_\_\_\_  
JANE APARECIDA COSTA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/02/2021 09:54:52  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21021209545184100000037559558>  
Número do documento: 21021209545184100000037559558

Num. 39407781 - Pág. 45