



Número: **0800257-50.2020.8.15.0631**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Juazeirinho**

Última distribuição : **20/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.080,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Honorários Advocatícios**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JANDIR RODRIGUES DA SILVA (AUTOR)	RAPHAEL DE LIMA MARTINS (ADVOGADO)
ITAU SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
79178 759	14/09/2023 12:44	<a href="#">Petição</a>	Petição
79178 760	14/09/2023 12:44	<a href="#">2807781_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</a>	Outros Documentos
79178 761	14/09/2023 12:44	<a href="#">2807781_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2023 12:44:39  
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091412443942500000074538318>  
Número do documento: 23091412443942500000074538318

Num. 79178759 - Pág. 1

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JANDIR RODRIGUES DA SILVA,  
RG nº 2.292.365, data de expedição 19/12/2017, Órgão SSDS/PB,

CPF nº 034.043.214-48, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de 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)	<u>SITIO ALTO DOS MEDEIROS</u>
Número	<u>S/Nº</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>ÁREA RURAL</u>
Cidade	<u>JUAZEIRINHO</u>
Estado	<u>PARAÍBA</u>
CEP	<u>58.660-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 9.8889-3447 (83) 9.9976-8160</u>
E-mail	<u>RECUSOU</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JUAZEIRINHO - 09/04/2018

Assinatura do Declarante: Jandir Rodrigues da Silva





100% of our total sales were made in the U.S. **TOTAL** 105.81 \$3.47 25.27 92.27 1.90 4.16

Indicadores de Qualidade		
	Últimas da ANEEL	Aprovado
	(V)	Límite de Tensão
DC MENSAL	6	6.00
DC QUADRANTAL	21.25	NORMAL
DC TRIMESTRAL	3.33	CONTRATADA
F+3 TRIMESTRAL	0.50	LÍMITE AFIOR
PERÍODICO	13.2	LÍMITE AFIOR
CMD	5.00	6.00
DC%*	7.7	

Comunicação do Consumidor		
Discriminação	Valor (R\$)	%
Bens e Serviços de Bem-Estar	10,20	10,26
Comércio Eletrônico	31,45	31,45
Produtos de Higiene Pessoal	4,49	4,45
Ensaio, Testes e Diagnósticos	0,14	0,14
Locação e Compra de Veículos	21,87	21,87
Outros Serviços	9,70	9,70
<b>Total</b>	<b>105,41</b>	<b>100,00</b>

Fonte: IBGE/IBA/2012/13/305

ATENÇÃO

~~Faturas em atraso~~





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### 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 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES inscrito (a) no CPF/CNPJ 027.849.034 / 43, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JANDIR RODRIGUES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.043.214 / 48 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JANDIR RODRIGUES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.043.214 / 48, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Número	Complemento	
RUA DR. SEBASTIÃO PEDROSA	25		
Bairro	Cidade	Estado	CEP
MIRANTE	CAMPINA GRANDE	PB	58.407-548
Email	Telefone comercial(DDD) (83) 3342-2471	Telefone celular (DDD) (83) 9.9128-1980	alexandredpvat@hotmail.com

CAMPINA GRANDE, 09 de ABRIL de 2018

Local e Data

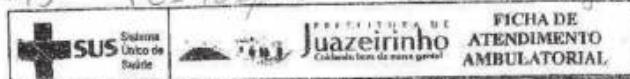
Assinatura do Declarante

COMPREV PREVIDÊNCIA  
14 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

1 V001/2017



3000 mdp  
EKG 13 - FC = 90 bpm HGT = 31 mg/dl



UNIDADE FESTALORA DE SERVIÇOS - UPS

FUNDAÇÃO ASSISTENCIAL E HOSPITALAR DE JUAZEIRINHO

CÓDIGO DO CNES: 2613697

ENDEREÇO: Rua Carmen Verônica Araújo Barreto, 469

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

PACIENTE  
NOME: José da Silva IDADE: 39 SEXO: M  
PROFISSÃO: Documentário DOCUMENTO:   
ENDERECO: Alto dos Mimosos  
MUNICÍPIO: Juazeirinho UF: PE TEL: (84) 997108494944180  
CÓDIGO DO MUNICÍPIO (IBGE): 5005770 CNS: 701068494944180  
DATA DO ATENDIMENTO: 10/10/2017 DATA DE NASCIMENTO: 23/10/1978  
NOME DA MÃE: Sentulina Rodrigues da Silva

RAÇA / COR

- ( 1 - Branca ( 2 - Preta ( 3 - Parda  
( 4 - Amarela ( 5 - Indígena ( 6 - Sem informação

ANAMNESE E EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

Paciente vítima de queda de moto  
trazido para o pronto atendimento  
desde 17/09/2017 apresentava  
lesões faciais e traumas em 3º grau  
distribuídos em face e braços (fratura). Nega  
histórico de envolvimento com drogas.

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: (TIPOS)  
Descrição do exame: a medicação administrada  
é atorfenina, tem suspeita de  
TCE e deve ser feita ressonância  
magnética nos outros órgãos.

RESULTADO:

O paciente está aliviado!

PA = 130x90 mmHg Sod = 97%

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS:

Aplicação de 500ml de glicose 5% na infusão  
Aplicação de 100ml de fatores de coagulação  
Aplicação de 100ml de sangue  
Aplicação de 100ml de sangue

CARÁTER DO ATENDIMENTO

- ( 1 - ELETIVO ( 2 - URGÊNCIA ( 3 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA  
( 4 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO  
( 5 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRÂNSITO  
( 6 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO - DESCRIÇÃO

Dr. Francisco Ribeiro A. Braga  
MEDICO  
CRM - PB 9929

DIAGNÓSTICO - CID 10

Trauma em fratura direta de 1º  
- Fratura exposta de 3º grau de face

MEDICAÇÃO:  
( 1 - PRESCRITA ( 2 - OBSERVAÇÃO ( 3 - RESIDÊNCIA  
( 4 - APLICADA ( 4 - INTERNAÇÃO ( 5 - OUTRO HOSPITAL  
( 5 - ÓBITO ( 6 - OUTROS

SERVÍCIOS REALIZADOS: CÓDIGOS / PROCEDIMENTO

Dr. Francisco Ribeiro A. Braga  
MEDICO  
CRM - PB 9929

ASS. DO (S) PROFISSIONAL (S) ASSISTENTE (S) - CARIMBO

CNS	CBO	CBM
-----	-----	-----

ASS. DO PACIENTE OU ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL  
Suelio Moreira Torres da Silva  
PÓLEGAR DIREITO

ASS. DO REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - CARIMBO

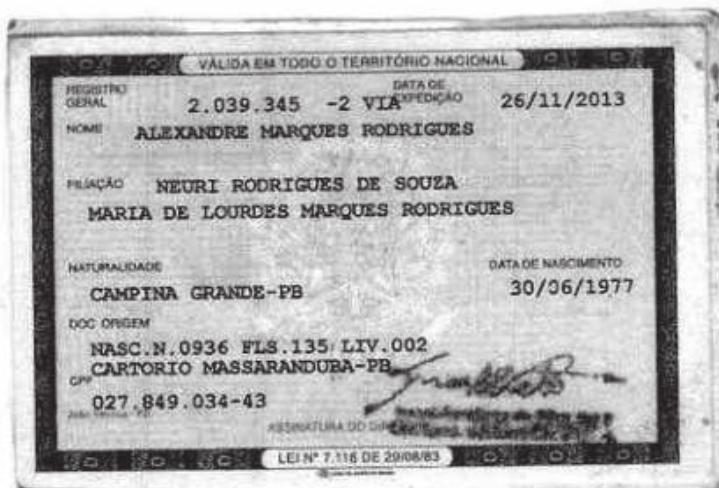
COMPREV  
14 MAI 2018  
PROTOCOLO  
JOÃO PESSOAS  
AG  
COMPREV PREVIDÊNCIA SAI





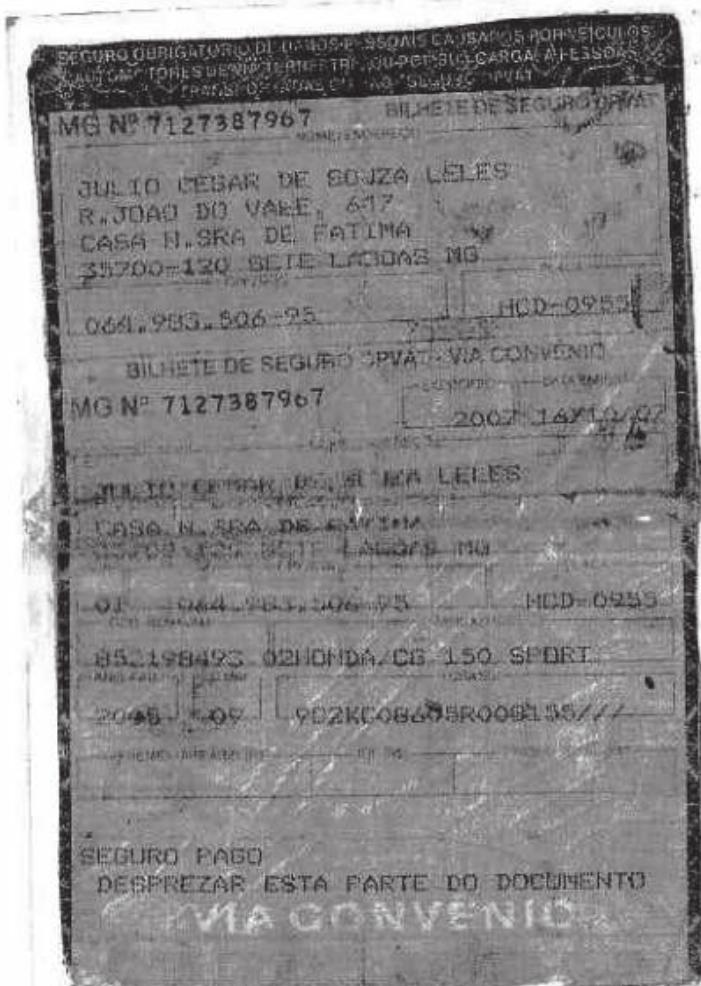
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2023 12:44:40  
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091412443961500000074538319>  
Número do documento: 23091412443961500000074538319

Num. 79178760 - Pág. 5



COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
14 MAIO 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





COMPREV  
AG. JOÃO PESSOA  
PROTÓCOLO  
14 MAIO 2018  
COMREV PREVIDÊNCIA SIA



Eu Jandir Rodrigues da Silva por essa carta  
venho informar a impossibilidade de apresentar  
a declaração de propriedade da moto envolvida  
no acidente, conforme, consta na certidão de  
ocorrência anexa ao processo, fuindo impossível de  
forneçer as informações que vocês da Lider estão  
pedindo, donde o proprietário da moto, é pessoa des-  
conhecida, ou seja, adquiriu a moto de um trai-  
tor, e não do próprio dono da moto, assim  
não consegui realizar a transferência para meu no-  
me, assim peço a compreensão de vocês da li-  
der, para que possa dar prosseguimento ao meu pro-  
cesso.

Juazeirinho, de junho de 2018

Jandir Rodrigues da Silva



## Procuração Particular

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA  
14 MAIO 2018  
PRCTOCOLO  
AC. JOÃO PESSOA

SAIBAM os que este Particular Instrumento de Procuração bastante virem que aos três (13) dias mês de Novembro do ano de Dois Mil e Dezessete (2017), nesta cidade de Campina Grande, Estado da Paraíba, compareceu como outorgante, o Sr. JANDIR RODRIGUES DA SILVA, brasileiro, solteiro, portador da carteira de identidade de nº 2.292.365-SSP/PB, e CPF. 034.043.214-48, residente e domiciliado no Sítio Alto dos Medeiros, s/nº – na Zona Rural da cidade de Juazeirinho-PB, na melhor forma de Direito nomeia e constitui seu bastante procurador, o Sr. ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES, brasileiro, casado, autônomo, portador RG. 2.039.345-SSP/PB, e CPF. 027.849.034-43, residente na Rua Dr. Sebastião Pedrosa, nº 25-A, no Bairro do Mirante – nessa cidade de Campina Grande-PB, a quem confere os mais amplos e ilimitados poderes para em nome dele outorgante representá-lo perante as SEGURADORAS, referente ao seguro DPVAT, podendo para tanto dito procurador, assinar, acompanhar a tramitação do processo, tomar ciência dos despachos, cumprir exigências, juntar e retirar documentos, requerer, recorrer, em fim, praticar todos os atos relativos e necessários ao fiel cumprimento deste mandato, cujos poderes aqui outorgados são específicos como acima estão citados.

Campina Grande-PB, 13 de novembro de 2017.

Reconheço a Firma de Jandir Rodrigues da Silva, por mim  
autenticada:

Em testo IFRAY da verdade do dia  
Juazeirinho, 11 de Novembro de 2017

Tabelião Público  
Selo Digital: LEA241534-LAK6

União Estadual nº 10.132 de 01 de Novembro de 2013

Verifique a autenticidade em <https://e-digital.tjpb.jus.br>





Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **JANDIR RODRIGUES DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180220591**  
Vitima: **JANDIR RODRIGUES DA SILVA**  
Data do Acidente: **10/06/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180220591**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12818206

Pag. 01359/01360 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020680



Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2018

Aos Cuidados de: **JANDIR RODRIGUES DA SILVA**  
Nº Sinistro: **3180220591**  
Vitima: **JANDIR RODRIGUES DA SILVA**  
Data do Acidente: **10/06/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180220591**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo

faltando página

Pág. 00547/00548 - carta\_03 - INVALIDEZ



0060274

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 12819551

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **JANDIR RODRIGUES DA SILVA**  
Nº Sinistro: **3180220591**  
Vitima: **JANDIR RODRIGUES DA SILVA**  
Data do Acidente: **10/06/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180220591**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo

Pag. 00997/00998 - carta\_03 - INVALIDEZ



A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 13131941

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**





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, 19 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180220591**      **Vítima: JANDIR RODRIGUES DA SILVA**

Data do Acidente: 10/06/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRE MARQUES RODRIGUES

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), JANDIR RODRIGUES DA SILVA**

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento e oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

2020-01379/01380 - carta 16 - INVAL IDEZ

00030690

Carta nº 13838941



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2023 12:44:40  
<https://pjeb.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091412443961500000074538319>  
Número do documento: 23091412443961500000074538319

Núm. 79178760 - Pág. 13



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	034.043.214-48	JANDIR RODRIGUES DA SILVA

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	JANDIR RODRIGUES DA SILVA	CPF titular da conta	034.043.214-48	Profissão	RECUSOU
Endereço	SITIO ALTO DOS MEDEIROS	Número	S/Nº	Complemento	
Bairro	ÁREA RURAL	Cidade	JUAZEIRINHO	Estado	CEP 58.660-000
Email	RECUSOU	Telefone (DDD) (83) 9.8889-3447			

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSOU INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		<input type="checkbox"/> BANCO Name _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> AGENCIA NRD. _____ D/V _____	
AGÊNCIA NRD. 3485	CONTA NRD. 0111420	AGÊNCIA NRD. _____ D/V _____	CONTA NRD. _____ D/V _____
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	



Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JUAZEIRINHO, 09 de ABRIL de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





GOVERNO DO ESTADO DA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
2º DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA  
DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO  
R. Raimundo Nonato de Araújo, SN - Catolé - Campina Grande - 58100-000 - 83-310-9300



OCORRÊNCIA Nº 000281/17

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

CERTIFICO, em razão do meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, que revendo os Registros de Ocorrências Policiais deste Órgão, encontrei a Ocorrência de Nº 000281/17 registrada em 16/11/2017, que passo a transcrever na Integra: Aos dezesseis dias do mês de novembro do ano de 2017, nesta cidade de Campina Grande, estado da Paraíba no Cartório de Registro de Ocorrência da DELEGACIA DO PLANTÃO CENTRALIZADO, quando encontrava-se presente a Bela. MARIA MADILEINE DE OLIVEIRA LIMA, Delegada de Polícia, comigo Escrivão do seu cargo, ao final assinado e declarado, ai, por volta das 09:40 horas, compareceu o Sr. JANDIR RODRIGUES DA SILVA, com 39 anos de idade, filho de MANOEL HENRIQUE DA SILVA e TERTULIANA RODRIGUES DA SILVA, de nacionalidade BRASILEIRA, natural de JUAZEIRINHO - PB, Solteiro, escolaridade Fundamental Incompleta, profissão AGRICULTOR, portador da Cédula de Identidade Nº 2.292.365, expedido pela SSP-PB, residindo à rua SITIO ALTO DOS MEDEIROS, S/N, bairro ÁREA RURAL, na cidade de JUAZEIRINHO - PB.

Declarou que:

Informa o declarante, que por volta das 16h30min do dia 10.06.2017, estava trafegando pela Rodovia BR 230, na saída da cidade de Juazeirinho/PB, conduzindo a motocicleta HONDA/CG 150 SPORT, ano/modelo 2005, chassi nº 9C2KC08605R008155, de placa HCD-0955/MG, licenciada em nome de Julio Cesar de Souza Leles, o qual o declarante não consegue encontrá-lo para que o mesmo lhe forneça a declaração de propriedade da moto acima mencionada, quando foi surpreendido por um veículo de marca, placas e outras características não identificadas, inclusive o condutor, que trafegava em sentido contrário, pela contra mão de direção, tendo o declarante efetuado uma manobra brusca na tentativa de evitar a colisão frontal e acabou perdeu o controle de direção, caindo ao solo em seguida, sofrendo ferimentos graves, ficando desacordado, sendo socorrido por populares e encaminhado inicialmente para a Fundação Assistencial e Hospitalar de Juazeirinho/PB, onde recebeu atendimentos médicos e no dia seguinte foi transferido para o Hospital Regional de Emergência e Trauma de Campina Grande/PB, onde finalmente foi submetido a tratamentos médicos, conforme documentos apresentados nesta Delegacia; Que, os Policiais da PRF não estiveram no local e portanto não foi confeccionado o boletim de acidente de Trânsito; Que, no momento do acidente o tempo encontrava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não encontrando-se o declarante sob a influência de bebida alcoólica; Que, o declarante manifesta o desejo de não representar criminalmente contra o condutor do veículo que deu causa ao acidente, caso o mesmo seja identificado. Nada mais havendo a tratar, ciente o declarante das implicações legais contidas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente certidão. O referido é verdade e dou Fé.

Campina Grande, Quinta-feira, 16 de Novembro de 2017

*José Alberto do Nascimento*  
José Alberto do Nascimento  
Escrivão de Peleira

*Jandir Rodrigues da Silva*

JANDIR RODRIGUES DA SILVA

Declarante

JOSÉ ALBERTO DO NASCIMENTO

Escrivão





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima **JANDIR RODRIGUES DA SILVA** CPF da Vítima **034.043.214-48** Data do Acidente **10/06/2017**

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**JUAZGIRINHO, 09 de ABRIL de 2018**

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
14 MAIO 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

DALI.001 V001/2017





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRINHO  
SECRETARIA DE SAÚDE – HOSPITAL MUNICIPAL

Declaração de atendimento

Declaro para os devidos fins que no dia 10/06/2017, a senhor **Jandir Rodrigues da Silva** portador do CNS-701 1068 4947 4180; deu entrada nesta unidade RG: 2.292362, SSP-PB, socorrido por terceiros, vítima de queda de moto, realizado primeira conduta e encaminhado para tratamento especialista com ortopedia para hospital de referência (**Trauma em Campina Grande**).

*luz.*  
Claudia Martiniano Lameu  
Port. 006A/2017  
Diretora do Hospital

Diretora Geral

Juazeirinho, 25/10/2017.



Hospital Municipal - rua: Carmem Verônica A. Barbosa - nº 469 Bela Vista, Juazeirinho – PB.  
CEP: 58.660-000. Telefone: (83) 3382-1248 – E-mail: hospitaljuazeirinho@gmail.com



VILMARA TRAJANO DA SILVA  
SIT ALTO DOS MEDEIROS SIN CASA - AREA RURAL  
CEP:58860000 - JUAZEIRINHO / PB (AG: 85)



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
5 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0  
Nota Fiscal/Carta de Energia Elétrica N° 002.444.383  
Código para Débito Automático: 00017773399

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
FEV/2018	20/02/2018	21/03/2018	4709874484

UC (Unidade Consumidora): 5/1777000-9

Canal de contato:

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 25 de abril de 2002.
- Levou choque no chuveiro? Hora de chamar um eletricista da consanpa. Não esqueça a fazer açãozinha. Dê um basta na escuridão.
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Governo Federal.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data Leitura 19/01/18 1710	Data Leitura 20/02/18 1788	1	78	32
Demonstrativo:				
CCN Descrição Quantidade Impostos Valor Total Base Calc. (R\$) ICMS (R\$) Alm. ICMS (R\$) PIS/Cofins (R\$) PIS (18%) Cofins (8%) IPI (10%)				
801 Consumo até 300Wh-DR	00 0,246639	7,40	7,40	25 1,06 7,40 0,08 0,38
801 Consumo - 31 a 1000Wh-DR	48 0,422130	20,31	20,31	25 1,06 20,31 0,23 1,07
810 Subílio	23,48	28,44	28,44	25 7,11 28,44 0,32 1,49
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS:				
801 Serviços Gerais	-18,58 0,00	0 0,00 0,00 0,00 0,00	0,00	0,00
804 JUROS DE MORADA 12/2017	0,31	0	0	
805 MUITA 12/2017	0,67	0	0	
805 ATUALIZAÇÃO MONETARIA 12/2017	0,02	0	0	

CCN Código de Classificação do Item	Total	37,62	56,19	14,04	56,17	0,63	2,92
Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	27/02/2018	TOTAL A PAGAR	R\$ 37,62			

Histórico de Consumo (kWh)											
77	70	75	73	68	80	88	88	86	83	84	73
JAN/16	DEZ/17	NOV/17	OUT/17	SET/17	AGO/17	JUL/17	JUN/17	MAR/17	ABR/17	MAR/17	FEV/17
RESERVADO AO FISCO	C4DA.F331.94FC.D4D8.281B.C487.B83A.A288										

Indicadores de Qualidade 12/2017 - Conjunto Anelito			Composição do Consumo		
Limits da ANELIT	Aparação	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor(R\$)	%
3IC MENSAL	6,27	8,00 NOMINAL	Serv. Bás.	7,29	19,34
3IC TRIMESTRAL	12,54	8,00 CONTRATADA	Compra de Energia	5,81	22,59
3IC ANUAL	25,08	8,00 LIMITE INTERIOR 200	Serviço de Transmissão	1,12	2,98
3IC MENSAL	3,42	0,00 LIMITE SUPERIOR 200	Encargos Sistemas	2,02	5,57
3IC TRIMESTRAL	8,85		Impostos Diretos e Encargos	15,59	43,42
3IC ANUAL	13,70	0,00	Outros Serviços	0,00	0,00
3MC	3,71		Total	37,62	100,00
3ICRI	12,22				

Valor do EURID (Ref 12/2017), R\$ 8,72

ATENÇÃO

SEGUNDA VIA DE CONTA

Faturas em atraso

Sua fatura é faturada como Dívida Ativa, tendo um desconto de R\$ 18,59

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
27/02/2018	R\$ 37,62

B3670000000-6 37620054000-7 17770002018-8 02500085019-5



ORTOPÉDIA E BUCOMAXILA  
DO HOSPITAL REGIONAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
EM CAMPINA GRANDE PB



Prefeitura de  
**Juazeirinho**

Secretaria Municipal de Saúde

Praça João Vital Guedes, S/N Centro

Nome: Jadir R. da Silva

Endereço:

Cidade:

COMPREV (COMPREV)  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
14 MAIO 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

## RECEITUÁRIO SIMPLES

### - Encaminhamento -

Encaminhamos o paciente JANDIR R. DA SILVA, oleiro, 39 anos de idade, trazido por populares após queda de moto, hoje por volta das 17:00h. No momento da admissão apresentava trauma contuso em hemiface direita + trauma em 5º pododáctilo esquerdo além de pequenas escoriações pelo corpo. Foi sintomas de TCE, abdômen incerto, "ligeiramente" alcoolizado, PA = 130 X 90mmHg, HGT = 8eng/dL, FC = 90bpm e SpO<sub>2</sub> = 94%.  
- HDº Trauma em hemiface direita S/E.

Trauma em 5º pododáctilo esquerdo N/E (fatura). Ante à falta de profissionais especializados em nosso serviço, bem como de exames de imagem, nesta data, encaminhamo-lo para a competente avaliação da ORTOPEDIA, de, h ser visto, bem como da BUCOMAXILA e adesão das condutas médicas necessárias. Grato pelo grande atendimento.

**DATA:** 11/06/2017

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dr. Patrício R. de A. Bilo  
MÉDICO  
CRM - PB 9925

VIRE



-Em tempo:

Em nosso serviço ficam prescritos  
apenas sintomáticos para tratamento  
do quadro de dor. Nega alergias,  
DNT, HAS ou quaisquer outras queixas.

Dr. Petrúlio R. de Almeida  
MÉDICO  
CRM - PB 9925



11/06/2017

GOVERNO DA PARAÍBA SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (R.E) Nº: 1449278 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - Lote 03 - 70.200/0035-52  
Av. Mat. Floriano Peixoto, 4700 - Moinhos, Camaçari - BA, CEP: 56432-809 Data: 11/06/2017

Balanço de Emergência (B.E) - Modelo 07. Atendente: Suelio Costa Santos

PACIENTE: JANDIR RODRIGUES DA SILVA Nascimento: 25/04/1978

CNPJ: 5586609000

Endereço: ST ALTO DOS MEDEIROS

Cidade: Juazeiro

UF: BA Telefone: 71 3219-1000

Nome da Mão: Terezinha Rodrigues da Silva

SB: 999

Descrição: NOME: JANDIR RODRIGUES DA SILVA

Estado: BA RG: 11600/2017

Município: Juazeiro

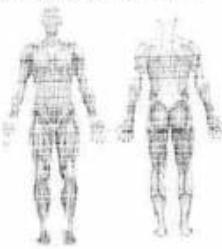
Motivo: Acidente no Moto

Médico:

OBS FICHA:

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abraço 19. Fratura das costelas  
2. Cabeça 20. Fratura das costelas  
3. Cintura 21. Hemorragia  
4. Costela 22. Hemoperitoneo  
5. Crânio 23. Lesão óssea  
6. Dentes 24. Lesão renal  
7. Olho 25. Lesão óssea  
8. Engolimento 26. Mandíbula  
9. Fratura costal 27. Movimento torácico paradoxal  
10. Fratura 28. Objeto intratráquea  
11. Fratura 29. Ossificação  
12. Fratura braço 30. Paralisia  
13. Fratura do fêmur 31. Paroxismo  
14. Fratura 32. Paroxismo  
15. Fratura 33. Quimioterapia  
16. Fratura-crânio 34. Recirculação  
17. Fratura-femur 35. Sinal de Isquémia  
18. Fratura-torax 36.

OBS:

QUEIMADURA:  
Superfície corporal lesada = \_\_\_\_\_ % Grau ( ) 1º Grau ( ) 2º Grau ( ) 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

<http://10.1.1.148/projeto/legis/empregencia.php?contar=1449278>

HICG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Percebe-se retenção de urina devido ao cinto de cinto. Nao se encontra febre ou dor abdominal. No exame gineco, não se observa hinchado, hiperemia, edema ou possibilidade de hemorragia. AEG = 15. Endoscopia exposta em 5º postural.

ALERGIA: Nega

MEDICAMENTOS:

FATIGA:

EXAME FÍSICO:

FUNDAL: Pecten óptico: Anterior: 1

Vitagem:

- Sopro: ausente

- ACV: PCR: 100% OUE

- AR: Voz: Arousal: 100%

- Feces: Ausente, per 500 ml feces

- Urina: Ausente, per 500 ml urina

- Edema: Ausente

EXAMES SOLICITADOS:

- Laboratório:

- Gasometria arterial

- Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedista

Especialista: ORTOPEDISTA

MÉDICO SOLICITANTE:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº: PRESCRIÇÕES E CONDUTAS

1. Dr. Pedro Ribeiro NEIDIC CRM - PB 5225

2. Dr. Joélio COSTA NEIDIC CRM - PB 5225

3. Dr. Joélio COSTA NEIDIC CRM - PB 5225

4. Dr. Joélio COSTA NEIDIC CRM - PB 5225

5. Dr. Joélio COSTA NEIDIC CRM - PB 5225

6. Dr. Joélio COSTA NEIDIC CRM - PB 5225

ASSINATURA DO MÉDICO:

Dr. Joélio COSTA NEIDIC CRM - PB 5225

Dr. Joélio COSTA NEIDIC CRM - PB 5225</p



SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES  
CAMPINA GRANDE - PARAÍBA

PACIENTE: JANDIR RODRIGUES DA SILVA

DATA DO EXAME: 11.06.2017

RADIOGRAFIA DE PÉ

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA SIA  
14 MAIO 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

- Fratura transversal na base da falange proximal do quinto dedo.
- Demais ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações.
- Relações articulares conservadas

43

Dr. Arthur José Ventura  
CRM/PB: 6481

Dra. Miriam Albino  
CRM/PB 6435

Dra. Marcella Farias  
CRM/PB 6550

Dr. Rafael Borges  
CRM/PB: 6485

Dr. Ramoniê Miranda  
CRM/PB: 8220

Dr. Roberto Maia  
CRM/PB: 6101



11/06/2017

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

# Ortopedia #  
Se espera de BORDE.

- Ed.: 1) Higiene + sutura + imobilização  
2) Cinturão na 1ª, IV, agore (lateral)  
3) SAT 5000UI, IM, agore (lateral)  
4) Diprofona 500mg 10, IV, agore 33772  
5) Voltaren 01amp, IM, agore 33772

Ortopedia. Paciente foi submetido a tratamento p/ encerramento de fratura 5º metatarso. *MATH JTB*

*Atto d R*  
Rodolfo Coimbra Batista  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM 6819 TEOF 13403

DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_\_

- Centro cirúrgico  Alta hospitalar  Revolução  
 Internação (seccor)  Decisão Médica  
 Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL  Outro

- *Alívio da Fadiga e Dor*

2. Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

<http://www.tjb.pj.br/projetohisca/impru/gerencia.php?contar=1446220>



*Espalhado:*  
Ponto roxos  
A. mobilizado  
EF: FCC ex. pulsos inf. (D)  
FCC normo, pulsos e alto lateral,  
① Sutura  
② menisco  
③ ALTA GRF

*Ma*  
Dr. Fernando Portela  
ORLURGICO E TRAUMATOLOGISTA  
BUCOMAXILOFACIAL  
CRO-PB 4420

1206/12 OFTALMOLOGIA (Exame no leito)  
Victima de trauma da face. Nega BAV.  
Ao exame: múltiplos ferimentos (saturados),  
principalmente em hemiface esquerda;  
Boa movimentação ocular; calpitativa  
coluna; CAF; RPM(+) *co*

SERVICOS REALIZADOS: CD: cíclorrot ulm CD 7 dias  
Alta da oftalmologista *co*

CÓDIGO/PROCEDIMENTO:

111-111-1111-1111-1111	111-11-1111-1111-1111	111-11-1111-1111-1111	111-111-1111-1111-1111
111-111-1111-1111-1111	111-11-1111-1111-1111	111-11-1111-1111-1111	111-111-1111-1111-1111
111-111-1111-1111-1111	111-11-1111-1111-1111	111-11-1111-1111-1111	111-111-1111-1111-1111
111-111-1111-1111-1111	111-11-1111-1111-1111	111-11-1111-1111-1111	111-111-1111-1111-1111

22 ✓



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2023 12:44:40

<https://pje.tjb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091412443961500000074538319>

Número do documento: 23091412443961500000074538319

Num. 79178760 - Pág. 23



GOVERNO  
DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

COMPREV  
COMPREV  
14 MAIO 2018  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

### Ficha de Acolhimento

Nome:	Sandir Rodrigues da Silveira	
End:	Av. Alto dos Andares	Bairro: Jardim Ipanema
Data de Nascimento:	25/09/72	Documento de Identificação:
Queixa:	Perdeu a consciência	Data do Atend.: 14/06/17 Hora: 19:05 Documento:
Acidente de trabalho?	( ) Sim	( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não

### Classificação de Risco

Nível de consciência: ( <input type="checkbox"/> ) Bom ( <input type="checkbox"/> ) Regular ( <input type="checkbox"/> ) Baixo	Aspecto: ( <input type="checkbox"/> ) Calmo ( <input type="checkbox"/> ) Fáceis de dor ( <input type="checkbox"/> ) Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: ( <input type="checkbox"/> ) Normocorada ( <input type="checkbox"/> ) Pálida
Deambulação: ( <input type="checkbox"/> ) Livre ( <input type="checkbox"/> ) Cadeira de rodas ( <input type="checkbox"/> ) Maca	

### Estratificação

MOD. 110

() Vermelho - atendimento imediato  
() Verde - atendimento até 4 horas

() Amarelo - atendimento até 1 hora  
() Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional





**Dra. Sonaly de Fátima Cavalcanti** CREFITO 6637  
Especialização em Fisioterapia Trauma Ortopedia  
ABFF – Membro da Associação Brasileira de Fisioterapia Forense - 415  
TJPB - Habilitada para realizar perícias DPVAT

## LAUDO CINESICO FUNCIONAL

**Nome:** Jandir Rodrigues da Silva.

Endereço: Sítio Santo Alto dos Medeiros. Zona Rural. Juazeirinho. PB

**Data do Sinistro:** 11 de junho de 2017.

**Descrição da vítima:** Acidente de moto.

Socorrido para o Hospital de Juazeirinho e posteriormente para o Hospital de Trauma Dom Luís Gonzaga Fernandes na cidade de Campina Grande, PB, conforme em anexo (prontuário hospitalar).

Apresentando Trauma de Face e Fratura Exposta do 5º artelho do pé esquerdo.

**Tratamento:** Conservador devido a PA alta.

**Sequela apresentada ao exame físico:**

Trauma de Face

- Dor de cabeça
- Audição comprometida (audiometria em anexo)
- Várias cicatrizes na face (hemiface esquerda, pálpebra inferior direita, lábio)
- Cicatrizes comprometendo a estética facial

**Pé Esquerdo**

- 5º Dedo do pé esquerdo com edema, dor, limitação de movimento articular, claudicação.

**Conclusão:** Sequela Definitiva de TRAUMA DE FACE em grau moderado comprometendo a Estética Facial em 50%. Pé Esquerdo com sequela funcional em grau moderado de 30%.



Campina Grande, 17 de novembro de 2017.

*Sonaly de Fátima Cavalcanti*  
**Dra. Sonaly de F Cavalcanti**  
 CREFITO 6637 ABFF 145

Rua, Otaviano Bezerra da Cunha, 81, Prata, Campina Grande, PB, CEP 58390-8127





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE JUAZEIRINHO/PB**

**Processo: 08002575020208150631**

ITAU SEGUROS S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JANDIR RODRIGUES DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente. Assim, supostamente na posse de todos os documentos pleiteia em esfera judicial indenização referente à INVALIDEZ PERMANENTE.

Em que pese o caráter social do Seguro Obrigatório DPVAT, o beneficiário legal da indenização tem que, necessariamente, preencher os requisitos legais para recebimento do referido seguro.

Após a análise da documentação fornecida pelo beneficiário legal da indenização é de suma importância, a fim de concluir se o sinistro é indenizável ou não, cumprindo ressaltar que o Seguro Obrigatório DPVAT é alvo dos mais diversos tipos de fraude.

Neste sentido, o sinistro foi cancelado administrativamente, tendo em vista que a parte não cumpriu as exigências da Lei que regula a matéria.

Noutro giro, após a nomeação de perito as partes apresentaram quesitos para que fosse verificado qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada.

Nota-se que o i. perito utilizou os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixada o quantum indenizatório.

Assim, requer que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo EXPERT PERITO.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JUAZEIRINHO, 13 de setembro de 2023.

**JOÃO BARBOSA  
OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2023 12:44:41  
<https://pje.tjpj.rj.gov.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091412444095200000074538320>  
Número do documento: 23091412444095200000074538320

Num. 79178761 - Pág. 1

**OAB/PB 15477**

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2023 12:44:41  
<https://pje.tjpj.rj.gov.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091412444095200000074538320>  
Número do documento: 23091412444095200000074538320

Num. 79178761 - Pág. 2

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/09/2023 12:44:41  
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091412444095200000074538320>  
Número do documento: 23091412444095200000074538320

Num. 79178761 - Pág. 3