



Número: **0801416-55.2021.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **19/06/2021**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE JUNIOR DA FONSECA (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	DAYANA NAYARA MARINHO DOS SANTOS (ADVOGADO) SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
TIBIRICA DE MEDEIROS BARBOSA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
77312 174	09/08/2023 10:39	Petição	Petição
77312 176	09/08/2023 10:39	2836990_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
77312 177	09/08/2023 10:39	2836990_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_02	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200295538

Vítima: JOSE JUNIOR DA FONSECA

Data do Acidente: 28/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE JUNIOR DA FONSECA

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,

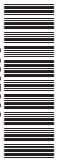
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16050544

Pag. 00779/00780 - carta_01 - INVALIDEZ

00020390





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

Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200295538 Vítima: JOSE JUNIOR DA FONSECA

Data do Acidente: 28/05/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE JUNIOR DA FONSECA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag: 01033/01034 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 16060066





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

Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200295538

Vítima: JOSE JUNIOR DA FONSECA

Data do Acidente: 28/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE JUNIOR DA FONSECA

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 dos punhos
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: **JOSE JUNIOR DA FONSECA**

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

Banco: **104**

Agência: **000003488**

Conta: **0000024264-1**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 23/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE JUNIOR DA FONSECA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03488

CONTA: 000000024264-1

Nr. da Autenticação BE4637A96141DCCE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200295538 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE JUNIOR DA FONSECA **Data do acidente:** 28/05/2020 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO
LUXAÇÃO PERIESCAFOSEMILUNAR DO PUNHO ESQUERDO.
FRATURA DA BASE DO 4º METACARPO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PUNHO - REPARAÇÃO LIGAMENTAR/FIOS DE KIRSCHNER P.6,7), CONSERVADOR DAS DEMAIS LESÕES.
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO 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 DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 063.597.264-04 4 - Nome completo da vítima: José Junior da Fonseca

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

5 - Nome completo: José Junior da Fonseca 6 - CPF: 063.597.264-04
7 - Profissão: Preciso Pêco Sereyuno Bento de Moraes 9 - Número: 39 10 - Complemento:
11 - Bairro: Crato 12 - Cidade: João Pessoa 13 - UF: PB 14 - CEP: 58079-796
15 - E-mail: (83)98663-4900

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

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

Detete, para todos os fins de direito, residir na esferença acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECLUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, 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: Brasil

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0635 7 CONTA: 72184 0

Autorizo a Seguradora Líder a creditar ou a debitar bancária informada de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando ciência de que a satisfação do crédito quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou em assobiedade de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (escolher uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou sucessor(es) (pai/mãe)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 18/08/2020
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): José Junior da Fonseca

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 050702.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 050702.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaina Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 13:05 min do dia 23/07/2020, na Delegacia Online, **JOSE JUNIOR DA FONSECA**, nacionalidade Brasileira(a), profissão CONFEITEIRO, natural de Baía da Traição, nascido(a) em 30/08/1984, idade 35, estado civil Casado (a), filho(a) de ELIZABETH SILVA DA FONSECA e JOSE FRANCISCO DA FONSECA, CPF 061.597.264-04, residente e domiciliado(a) no(a) RUA SEVERINO BENTO DE MORAES, nº 0, bairro GROTÃO, na cidade de João Pessoa/PB, CEP: 58000000, telefone(s) 839, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 28/05/2020 18:00h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: RUA HILTON SOUTO MAIOR, JOSE AMERICO, João Pessoa/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto HONDA/CG 160 TTAN, ANO/MOD 2018/2018, COR VERMELHA, QFX6313, CHASSI: 9C2FC3210JR031722, em nome da ELIANE DOS SANTOS LEITE, CPF 083969524-18, AO FAZER UMA CURVA ACABOU PERDENDO O CONTROLE DA MOTO, SENDO SOCORRIDO PELO BOMBEIROS PARA O Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena e encaminhado no dia seguinte ao Hospital Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde foi atendido.

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


JOSE JUNIOR DA FONSECA

48E42A603B83E91C1BC1BEF3A06F59C4

Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle. www.delegaciaonline.pb.gov.br, Tel. (83) 3612-8612 (8h-18), E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 063.597.264-04 4 - Nome completo da vítima: José Junior da Fonseca

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

5 - Nome completo: José Junior da Fonseca 6 - CPF: 063.597.264-04
7 - Profissão: Preciso Pécio Severino Bento de Moraes 8 - Endereço: João Pessoa
9 - Número: 39 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Cratoá 12 - Estado: PB 13 - CEP: 58079-796
14 - E-mail: _____ 15 - E-mail: _____ 16 - Telefone: (83) 98663-4900

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

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

Detete, para todos os fins de direito, residir na esferença acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECLUSO/INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Brasil

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 0635 7 CONTA: 72184 0

Autorizo a Seguradora Líder a creditar ou a debitar bancária informada de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando ciência de que a contratação do crédito quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou em assessorado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinatar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou sucessor(es) (paterno)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração "verdadeira porém" gerará a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 170 do Código Penal.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido: _____
36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido: _____
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido: _____

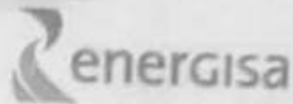
38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 18/08/2020
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): José Junior da Fonseca

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



JOSE JUNIOR DA FONSECA
RUA SEVERINO ESTRELA, MORADIA, 19147-401 - URTADO
JOAO PESSOA/PB CEP: 58179-100 (AC. T)



CPRM/PURAM: 361.537.264-04

Grupo: CONVENCIONAL (BAIXA TENSÃO) / Subgrupo: B1
Classe: RES.MTC B1 / Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: MONOFASICO
Roteiro: 03-2-467-5476 TP Medidor: 195082446049



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1997477-3

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO 00019874773



VALOR DA FATURA

R\$ 204,38



VENCIMENTO

23/07/2020



REFERÊNCIA

Jul / 2020



CONSUMO

237 kWh

7,90 kWh
MÉDIA DIÁRIA
LÍMITE
LÍMITE MÁXIMO

SITUAÇÃO DE DÉBITOS



BOLETO PARA PAGAMENTO



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-880
CNPJ 08.098.183/0001-40 - Ins. Est. 16.515.829-0

Empresário: SUELIO MOREIRA TORRES
CPF: 010.942.224-45
Nº 047.741.775

DADOS DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR	
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 KM 01, JOÃO PESSOA			5/1698281-1	
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2020	20/07/2020	186	27/07/2020	R\$ 155,48

Assine em: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/07/2020				
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45				
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440010503502	000000000202007	27/07/2020	R\$ 155,48	
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				08.098.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-880				
Agência / Código do Beneficiário: 1064-3.244 /-3				





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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/SISLIVOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=13.CODIGO=25636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAP³.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 Alexandria Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754, 74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

João Junior da Fonseca inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.597.264, 04

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima João Junior da Fonseca

inscrito (a) no CPF sob o Nº 061.597.264, 04 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 à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexo a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Trangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 18/08/2020

Alexandria Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

Nome: <i>José Junior da Fonseca</i>				Registro: 2020051945	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>29/05/2020</i>		DATA DE ALTA <i>03/06/2020</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Luxação de ossos do carpo esquerdo (perifonear)</i>					CID <i>S630</i>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Reparação ligamentar de carpo</i>					
TERAPIA FARMACOLÓGICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO				COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO		() REMOVIDO	() A PEÇIDO	() CURADO	()
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPIA, COMPLICAÇÕES)
Paciente portador(a) de luxação de ossos do carpo esquerdo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico de reparação ligamentar do carpo + fixação com fios X. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

ORIENTAÇÕES POS ALTA

DIE *Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...*

REPOUSO: Relativo em casa por **15** dias.
 Retorno às atividades sem esforço físico em **30** dias.
 Retorno às atividades com esforço físico leve em **60** dias e com esforço maior em **90** dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procure imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: *Vimovo ou Deocil*

RETORNO: Ao posto de saúde em **21** dias.
 Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **21** dias para revisão.

03/06/2020

DATA

ASS. MÉDICO / C.R.M

Dr. Luis Felipe Lessa
 Traumatologia / Ortopedia
 Cirurgião de Mão
 CRM - RJ - 14324-98034

... de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO,





Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome JOSE JUNIOR DA FONSECA						CNS	Prontuário
Data de Nascimento 30/08/1984	Idade 35A 8M 28D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe ELIZABETE SILVA DA FONSECA			Nome da Pai JOSE FRANCISCO DA FONSECA				
Endereço GECY MERCÊS RODRIGUES			Bairro MANGABEIRA			Cep 58056694	
Município JOAO PESSOA - PB			Telefone Residência		Telefone Celular (83) 987934191		
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA			CNES 2593262		Telefone (83) 32165700		

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY		AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA MEDICA			
Resultado de exames complementares # ORTOPEDIA # PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO ESQ E TORNOZELO ESQ. SEM FERIMENTOS E/OU ESCORIAÇÕES. APRESENTOU EPISODIO DE VOMITO. AO RX: LUXAÇÃO PERIESCAFOSEMILUNAR DO PUNHO ESQ + FX DE BASE DO 4 MTC ESQ. CD: AO CHM (TRAUMINHA DE MANGABEIRA) CONFORME PACTUAÇÃO + TALA LUVA <i>AVIA DA NCR</i> <i>Luciano</i>			
CID S03.0	Data de encaminhamento 28/05/2020 22:32:02		

Luciano
Assinatura e carimbo do profissional

Dr. Luciano Gomes de Figueiredo
Ortopedia e Traumatologia
CRM PB 9328
CREMEPE 24351





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



Somos todos
PARAÍBA
Governador do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente JOSE JUNIOR DA FONSECA	BAE 1239096	Data/Hora Entrada 28/05/2020 19:43:25	Data Baixa 2020-05-28 22:32:02.0
Data de nascimento 30/08/1984	Idade 35a 8m 29d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987934191
Mãe ELIZABETE SILVA DA FONSECA			Prontuário
Endereço GECY MERCÊS RODRIGUES, 38	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LUCIANO GOMES DE FIGUEIREDO	Nº Cons. Regional 9328/PB
Data/Hora Classificação 28/05/2020 19:43:25		Data/Hora Prescrição 28/05/2020 22:32:02	

ANAMNESE

ORTOPEDIA # PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO ESQ E TORNOZELO ESQ. SEM FERIMENTOS E/OU ESCORIAÇÕES. APRESENTOU EPISÓDIO DE VÔMITO. AO RX: LUXAÇÃO PERIESCAFOSEMILUNAR DO PUNHO ESQ + FX DE BASE DO 4 MTC ESQ. CD: AO CHM (TRAUMINHA DE MANGABEIRA) CONFORME PACTUAÇÃO + TALA LUVA

PROCEDIMENTO

TALA LUVA, (OBSERVAÇÕES:: MSE)

CID10

S63.0 - Luxação do punho

Conduta

Alta com encaminhamento externo

Alta

Usuário LUCIANO GOMES DE FIGUEIREDO	Data e Hora 28/05/2020 22:32:02
---	---

Observações:
ORTOPEDIA # PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO ESQ E TORNOZELO ESQ. SEM FERIMENTOS E/OU ESCORIAÇÕES. APRESENTOU EPISÓDIO DE VÔMITO. AO RX: LUXAÇÃO PERIESCAFOSEMILUNAR DO PUNHO ESQ + FX DE BASE DO 4 MTC ESQ. CD: AO CHM (TRAUMINHA DE MANGABEIRA) CONFORME PACTUAÇÃO + TALA LUVA

Medicina

Dr. Luciano Gomes da Figueiredo
Ortopedia e Traumatologia
CRM PB 9328
CREMEPE 24351

LUCIANO GOMES DE FIGUEIREDO
(CRM: 9328/PB)

Enfermeiro

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 28/05/2020 19:43:25





Hospital Estadual de Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena



PAF
Governo

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente JOSE JUNIOR DA FONSECA	BAE 1239096	Data/Hora Entrada 28/05/2020 19:43:25	Data Exata
Data de nascimento 30/08/1984	Idade 35a 8m 29d	Sexo Masculino	Teléfono de Contato (35) 3363 4191
Mãe ELIZABETE SILVA DA FONSECA			
Endereço GECY MERCÊS RODRIGUES, 38	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RODRIGO MARMO DA COSTA E SOUZA	Telefone Profissional 5975 PB
Data/Hora Classificação 28/05/2020 19:43:25		Data/Hora Prescrição 28/05/2020 22:03:43	

ANAMNESE

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM DESMAIO. NEGA CEFALÉIA, CERVICALGIA. EXAME: CLASSE DE CONSCIENTE. LESÃO DE CRÂNIO: SEM LESÃO INTRACRANIANA HD: TCE LEVE CD: ALTA DA NEUROCIRURGIA.

Conduta

Em observação

Dr. Rodrigo Marmo da C. e Souza
NEUROCIRURGIA
CRM 5975

Enfermeiro

RODRIGO MARMO DA COSTA E SOUZA
(CRM: 5975/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 28/05/2020 19:43:25





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



Samos todos
PARAIBA
Governor do Estado

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262

Paciente JOSE JUNIOR DA FONSECA	BAE 1239096	Data/Hora Entrada 28/05/2020 19:43:25	Data Baixa
Data de nascimento 30/08/1984	Idade 35a 8m 29d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987934191
Mãe ELIZABETE SILVA DA FONSECA		CNS	Prontuário
Endereço GECY MERCÊS RODRIGUES, 38	Beirto MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente QUEDA / OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LUCIANO GOMES DE FIGUEIREDO	Nº Cons. Regional 9328/PB
Data/Hora Classificação 28/05/2020 19:43:25		Data/Hora Prescrição 28/05/2020 21:55:07	

ANAMNESE

ORTOPEDIA # PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO ESQ E TORNOZELO ESQ. SEM FERIMENTOS E/OU ESCORIAÇÕES. APRESENTOU EPISÓDIO DE VÔMITO. AO RX: LUXAÇÃO PERIESCAFOSEMILUNAR DO PUNHO ESQ + FX DE BASE DO 4 MTC ESQ. CD: AO CHM (TRAUMINHA DE MANGABEIRA) CONFORME PACTUAÇÃO APÓS LIBERAÇÃO DAS DEMAIS CLÍNICAS.

Conduta

Em observação

Dr. Luciano Gomes de Figueiredo
Ortopedia e Traumatologia
CRM PB 9328
CREMEPE 24351

Enfermeiro

LUCIANO GOMES DE FIGUEIREDO
(CRM: 9328/PB)

Boletim registrado por: MARCIO MACEDO DA SILVA em 28/05/2020 19:43:25



UNIDADE: CLINICA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 320055 Atd: Nao Regulado
Data: 28/05/2020
Hora: 23:50:40
Recepcionista: ROSICLE BEZERRA DOS SANTO
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1
Nome: JOSE JUNIOR DA FONSECA Num. Prontuario: 2020.05.001945
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 061.597.264-04
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 3031113 Fone: 988799762
Natural: BAIÁ DA TRAIÇÃO/PB Data Nasc.: 30/08/1984 Id: 35 ano(s)
End.: RUA SEVERINO BENTO DE MORAIS,00
Bairro: GROTAO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mãe: ELIZABETH SILVA DA FONSECA Pai: JOSE FRANCISCO DA FONSECA
Racão: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: CASADO(A)
Ocupação: CONFEITEIRO INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: SEGUNDO GRAU COMPLETO
R.: JOSE JUNIOR DA FONSECA
T. Doc. Responsavel: 988799762 / IDENTIDADE: 3031113
Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO
Vitima de acidente por: QUEDA
Vitima de violência por: NAO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA CONDICÖES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Classificação de Risco:
FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: [] Hemorragia [] Dispneia
Altura: [] Diarreia [] Agitado
IMC: [] Regular [] Chocado
O2%: [] Vomito
Queixa Principal Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*paciente vitima de acidente de moto
ao 18:00 Solicito RX de mão*

Diagnostico *Fratura luxação
radiológica homilunã
+ tratamento de base* | Conduta *Com dor em antebraço
Solicito RX de antebraço*

Prescricao | Horario da medicacao
Solicito RX de mão
*Antônio S. Neto
Médico
CRM - PE - 13.125*





Nome: <i>José Junior da Fonseca</i>					Registro: 2020051945	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:	
Data: <i>03/06/2020</i>			Cirurgião: LUIS FILIPE LESSA			
1º Assistente: <i>Thales Couceiro</i>			2º Assistente: <i>Flavio Loyola</i>			
Anestesista:			Instrumentador:			
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID	
<i>Luxação de osso do carpo</i>					<i>S630</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID	
<i>O mesmo</i>						
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO	
<i>Reparação ligamentar do carpo</i>						
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não						
Descreva:						
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não						
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:						
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 (x) Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico						



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão dorsal em punho esquerdo

Divulsão por planos até identificar luxação carpal perifunar

Capsulotomia em Berger

Redução cruenta de luxação carpal + fixação com fios K 1.5 sob fluoroscopia + reparação ligamentar com sutura transóssea com vicril 2.0

Redução ok sob fluoroscopia

Sutura por planos + sutura da pele

Curativo

Tala axilopalmar

Achados:

Conduta:

Fechamento:

OBS:

Data: **03/06/2020**

Dr. Suelio Moreira Torres
MÉDICO / F M





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: João Junior da Fonseca Data da Admissão: 29/05/2023

Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QPD: Paciente com dor em punho esquerdo

HDA: Paciente vítima de acidente de trânsito com fraturas múltiplas radiográficas + fratura do braço do 4º MTC esquerdo.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: Febre Astenia Anorexia Perda de Peso ____ Kg em ____ Prurido Sudorese Calafrios Alopecia Adenomegalias Icterícia Tonturas Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: Cefaléia Espirros Rinorréia Obstrução Nasal Epistaxe Dor de Garganta Bócio Rouquidão Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: Dor _____ Tosse Expectoração Hemoptise Dispnéia Palpitações Desmaio Cianose Edema _____ Outros: _____

ABD: Dor _____ Pirose Solução Regurgitação Hematêmese Náuseas Vômitos Dispepsia Diarréia Melena Enterorragia Constipação Aumento de volume

AGU: Disúria Incontinência Retenção Poliúria Oligúria Noctúria Hematúria Mal Cheiro Corrimento Outras: _____

SME: Dor _____ Rigidez pós-reposu Deformidades Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

SN e PSQ: Insônia Sonolência Convulsões Motricidade e Sensibilidade _____ Amnésia Libido Humor

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] HTF

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *Fratura luxação radiocarpiana*
esquerda + Fratura do Rádio 4^o = MTC Esquerda

Hipóteses Diagnósticas: *Fratura luxação radiocarpiana*
esquerda + Fratura do Rádio 4^o = MTC Esquerda

Conduta: *Internamento K7 + Dr João Paulo*

Antônio F. S. Medeiros
CRM 13.125



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
Cefálica e Antebraquial
Aplicação de Campos estereis

Incisão:

Achados:

Conduta:

- Realizada Redução de fratura
Intracondilíaca Radialcapitulum e
sub-iminização em 2^o tempo cirúrgico
- Tala Aberto Labral
- Pós op de controle

Fechamento:

OBS:

Esquema 2^o tempo Cirúrgico
R7 + T1 + T2 + T3 + T4 + T5 + T6 + T7 + T8 + T9 + T10 + T11 + T12 + T13 + T14 + T15 + T16 + T17 + T18 + T19 + T20 + T21 + T22 + T23 + T24 + T25 + T26 + T27 + T28 + T29 + T30 + T31 + T32 + T33 + T34 + T35 + T36 + T37 + T38 + T39 + T40 + T41 + T42 + T43 + T44 + T45 + T46 + T47 + T48 + T49 + T50 + T51 + T52 + T53 + T54 + T55 + T56 + T57 + T58 + T59 + T60 + T61 + T62 + T63 + T64 + T65 + T66 + T67 + T68 + T69 + T70 + T71 + T72 + T73 + T74 + T75 + T76 + T77 + T78 + T79 + T80 + T81 + T82 + T83 + T84 + T85 + T86 + T87 + T88 + T89 + T90 + T91 + T92 + T93 + T94 + T95 + T96 + T97 + T98 + T99 + T100

Antônio F. S. Neto
Médico
CRM - PB - 13.125

Data: 29/05/2020

MÉDICO, CRM

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



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 CONSTITUCION DE 1988
 ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
 TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

ALLEGORA CESAR DUARTE

REG. OFICIAL DO JUIZADO 2427719 SSP PR

CPF 044.502.754-74 DATA NASCIM. 21/09/1982

FUNÇÃO ALEXANDRE DE ARAUJO DUARTE WARCIA CESAR DUARTE

PERÍODO 01/01/2019 29/06/2021

VALORES EM TÍTULOS E INSCRIÇÕES 894056231

01051244400 16/01/2019 29/06/2021

PROCURADOR

Allegora Cesar Duarte

PROCURADOR PLETO 894056231

DATA 17/01/2014

LOCAL PEENGA, PR

Procurador 4458835474 39027919595



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

V-02
P-917

ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO




Jose Junior da Fonseca

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.031.113 -2 VIA DATA DE EMISSÃO 16/09/2019

NOME JOSE JUNIOR DA FONSECA

RELACÃO JOSE FRANCISCO DA FONSECA
ELIZABETH SILVA DA FONSECA

NATALIDADE BAIÁ DA TRAIÇÃO-PB DATA DE NASCIMENTO 30/08/1984

RUA CASAR N. 18536 FLS. 36 LIV. B-73
CARTORIO JOÃO PESSOA-PB

CPF 061.597.264-04

JOÃO PESSOA - PB

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 061.597.264-04 4 - Nome completo da vítima: João Junior da Fonseca

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

5 - Nome completo: João Junior da Fonseca 6 - CPF: 061.597.264-04
7 - Profissão: recusado 8 - Endereço: Beco Governador Bento de Moraes 9 - Número: 39 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Onofre 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58079-796
15 - E-mail: _____ 16 - Telefone: 83-98663-4900

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

22 - 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: Caixa Econômica

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 3488 CONTA: 24254
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total de valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(s) (nascidos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, PB - 14/10/2020
João Junior da Fonseca
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





augmeua - 3488
com R-000 92264-3
op. 008.
Rafaela Silva e Melo



PROCURAÇÃO

Outorgante: João Junior da Fonseca brasileiro(a), estado civil casado profissão conduzido residente e domiciliado à Rua Serebino Bento de Moraes, 157 bairro Grótus Município de João Pessoa Estado de(o) PB Cep. 58079-796 portador(a) do Rg nº 3.033.113 SSP/PB e CPF nº 063.597.264-04

Outorgado: Alexandra Louisa Duarte brasileiro(a), estado civil casado profissão advogada residente e domiciliado(a) à Rua Valente Fical e Cunha Duarte, 157 bairro Itambé Município de João Pessoa Estado de (o) PB Cep. 58056-384 portador (a) do RG nº 2027718 SSP/ PB e CPF nº 040.502.754-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) João Junior da Fonseca ocorrido em 28/05/20 conforme registrado pelo B O anexo ao processo. Processo de natureza imobíliar

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

João Pessoa 29 de Julho de 2020.

João Junior da Fonseca
Outorgante
CPF Nº 063.597.264-04

CARTÓRIO
SUELIO MOREIRA BATISTA

Obs. Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

VB 1º OFÍCIO DE NOTAS

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-025174

Reconheço por autenticidade a firma de
JOSE JUNIOR DA FONSECA

Dou fe. em testemunho de verdade João Pessoa - PB 29/07/2020 11:44:15
EMOL. R\$ 10,22 FEPJ. R\$ 2,04 FARPEN. R\$ 2,30 ISR. R\$ 0,61
SELO DIGITAL: AKE43687-9FRA
Confira a autenticidade em <https://verificador.tpb.jus.br/>

ROBYANGELA COELY MARQUES BATISTA - EMBREVENTE AUTORIZ



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0231819/20

Vítima: JOSE JUNIOR DA FONSECA

CPF: 061.597.264-04

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 28/05/2020

Titular do CPF: JOSE JUNIOR DA FONSECA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

JOSE JUNIOR DA FONSECA : 061.597.264-04

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 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: 18/08/2020
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/08/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08014165520218152001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 **JOSE JUNIOR DA FONSECA**, 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:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.



Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 7 de agosto de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/08/2023 10:39:53
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23080910395250500000072804624>
Número do documento: 23080910395250500000072804624

Num. 77312177 - 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/08/2023 10:39:53
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23080910395250500000072804624>
Número do documento: 23080910395250500000072804624