



Número: **0850648-07.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDMILSON MIRANDA DA SILVA (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA registrado(a) civilmente como ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75666 193	05/07/2023 12:38	2884945_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



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, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190267108

Vítima: EDMILSON MIRANDA DA SILVA

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDMILSON MIRANDA DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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.

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. 00297/00298 - carta_03 - INVALIDEZ

00070149



Carta nº 14177364





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, 11 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190267108

Vítima: EDMILSON MIRANDA DA SILVA

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDMILSON MIRANDA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14181241

Pag. 01903/01904 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 22 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190267108

Vítima: EDMILSON MIRANDA DA SILVA

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDMILSON MIRANDA DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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.

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. 01085/01086 - carta_03 - INVALIDEZ

00040543



Carta nº 14218901





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, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190267108

Vítima: EDMILSON MIRANDA DA SILVA

Data do Acidente: 30/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDMILSON MIRANDA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: EDMILSON MIRANDA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000038

Conta: 0000057030-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 075.523.074-47 Nome completo da vítima: Edmilson Miranda da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Edmilson Miranda da Silva CPF: 075.523.074-47
País: Recuso Endereço: Sítio Barnocaras Número: 5N Complemento: _____
Bairro: Área Rural Cidade: Salameia Estado: PB CEP: 58225-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): _____

DADOS CADASTRAIS

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

RENTA MENSAL:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0038 CONTA: 570302
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 fins de comprovação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta avaliação não significa prova concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 ABR 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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 art. 309 do Código Penal.

Impressão:
dígito da
vítima no
documento
não obrigatório

Local e Data: João Pessoa - PB 09/04/19
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Edmilson Miranda da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00048.01.2019.1.02.000

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00048.01.2019.1.02.000, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:34 horas do dia 05 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 2ª Delegacia Seccional de Polícia Civil, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto do Egito de Sousa, matrícula 905178, e lavrado por José Romero Cavalcanti de Albuquerque Lobo, Agente de Investigação, matrícula 809861, ao final assinado, compareceu **Edmilson Miranda da Silva**, conhecido(a) por Edmilson, CPF nº 075.523.074-47, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria Miranda da Silva e Antonio Miranda da Silva, natural de Cacimba de Dentro/PB, nascido(a) em 25/05/1985 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº S/N, complemento SITIO BARROCAS - ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Motel Charme, na cidade de Solânea/PB, telefone(s) para contato (83) 98878-6363.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Loja Madeiral, Solânea/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 30/08/18 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

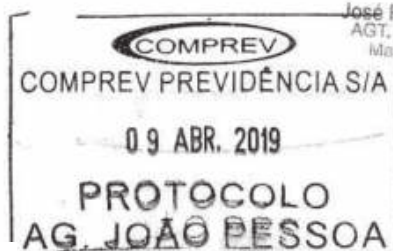
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE O NOTICIANTE NO DIA 30/08/2018, POR VOLTA DAS 14:30 HORAS SE ENCONTRAVA NO CENTRO DA CIDADE DE SOLÂNEA, PRÓXIMO A LOJA MADEIRAL E ESTAVA CONDUZINDO O VEÍCULO DE MARCA/MODELO HONDA CG 125 FAN, DE PLACA MNJ-8548/PB, DE COR AZUL, ANO/MODELO 2005/2005, CHASSI 9C2JC30705R061952, REGISTRADA NO DETRAN/PB EM NOME DE JOÃO MONTEIRO FALCÃO NETO, QUANDO FOI SURPREENDIDO NO MOMENTO EM QUE ENTRAVA EM UMA DAS RUAS, COM O IMPACTO DE UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO QUE BATEU VIOLENTAMENTE NA PARTE DE TRÁS DA MOTO EM QUE ESTAVA CONDUZINDO, VINDO A CAIR NO SOLO E PERDENDO OS SENTIDOS, E FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL TRAUMINHA EM JOÃO PESSOA/PB, ONDE TEVE DE SUBMETER A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA CONFORME LAUDO MÉDICO, MOTIVO PELO QUAL VEM REGISTRAR O FATO.

ADENDO(S):

Que na data 05/04/2019, à(s) 11:02 horas, na 2ª Delegacia Seccional de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto do Egito de Sousa, matrícula 905178, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE O NOTICIANTE VEM INFORMAR QUE O PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO MNJ-8548/PB, QUE ESTAVA CONDUZINDO, O MESMO JÁ É FALECIDO E NÃO TEM NADA COM RELAÇÃO AO SEU ACIDENTE, NEM MESMO SABE COMO SE DEU A SUA MORTE, E NA VERDADE NÃO CONHECIA O MESMO.. Adendo registrado por: José Romero Cavalcanti de Albuquerque Lobo, Agente de Investigação, matrícula: 809861.

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



Procedimento Policial: 00048.01.2019.1.02.000

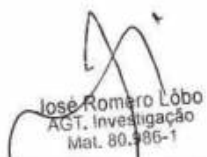


SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
2ª Delegacia Seccional de Polícia Civil

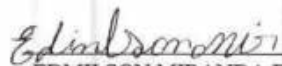


**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA




José Romero Lobo
AGT. Investigação
Mat. 80.986-1
JOSÉ ROMERO CAVALCANTI DE
ALBUQUERQUE LOBO
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, ☐


EDMILSON MIRANDA ☐
Noticiante

Procedimento Policial: 00048.0





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00048.01.2019.1.02.000

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00048.01.2019.1.02.000, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:34 horas do dia 05 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 2ª Delegacia Seccional de Polícia Civil, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto do Egito de Sousa, matrícula 905178, e lavrado por José Romero Cavalcanti de Albuquerque Lobo, Agente de Investigação, matrícula 809861, ao final assinado, compareceu **Edmilson Miranda da Silva**, conhecido(a) por Edmilson, CPF nº 075.523.074-47, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria Miranda da Silva e Antonio Miranda da Silva, natural de Cacimba de Dentro/PB, nascido(a) em 25/05/1985 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, Nº S/N, complemento SÍTIO BARROCAS - ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Motel Charme, na cidade de Solânea/PB, telefone(s) para contato (83) 98878-6363.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Loja Madeiral, Solânea/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 30/08/18 14:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

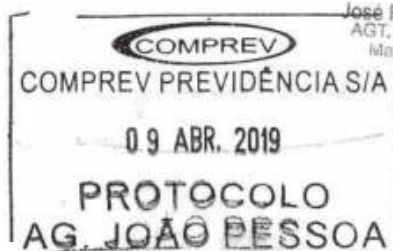
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE O NOTICIANTE NO DIA 30/08/2018, POR VOLTA DAS 14:30 HORAS SE ENCONTRAVA NO CENTRO DA CIDADE DE SOLÂNEA, PRÓXIMO A LOJA MADEIRAL E ESTAVA CONDUZINDO O VEÍCULO DE MARCA/MODELO HONDA CG 125 FAN, DE PLACA MNJ-8548/PB, DE COR AZUL, ANO/MODELO 2005/2005, CHASSI 9C2JC30705R061952, REGISTRADA NO DETRAN/PB EM NOME DE JOÃO MONTEIRO FALCÃO NETO, QUANDO FOI SURPREENDIDO NO MOMENTO EM QUE ENTRAVA EM UMA DAS RUAS, COM O IMPACTO DE UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO QUE BATEU VIOLENTAMENTE NA PARTE DE TRÁS DA MOTO EM QUE ESTAVA CONDUZINDO, VINDO A CAIR NO SOLO E PERDENDO OS SENTIDOS, E FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL TRAUMINHA EM JOÃO PESSOA/PB, ONDE TEVE DE SUBMETER A INTERVENÇÃO CIRÚRGICA CONFORME LAUDO MÉDICO, MOTIVO PELO QUAL VEM REGISTRAR O FATO.

ADENDO(S):

Que na data 05/04/2019, à(s) 11:02 horas, na 2ª Delegacia Seccional de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto do Egito de Sousa, matrícula 905178, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: QUE O NOTICIANTE VEM INFORMAR QUE O PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO MNJ-8548/PB, QUE ESTAVA CONDUZINDO, O MESMO JÁ É FALECIDO E NÃO TEM NADA COM RELAÇÃO AO SEU ACIDENTE, NEM MESMO SABE COMO SE DEU A SUA MORTE, E NA VERDADE NÃO CONHECIA O MESMO.. Adendo registrado por: José Romero Cavalcanti de Albuquerque Lobo, Agente de Investigação, matrícula: 809861.

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



Procedimento Policial: 00048.01.2019.1.02.000



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
2ª Delegacia Seccional de Polícia Civil



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA

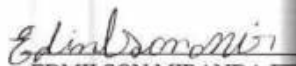


Secretaria
Segurança


José Romero Lobo
AGT. Investigação
Mat. 80.986-1

JOSÉ ROMERO CAVALCANTI DE
ALBUQUERQUE LOBO
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, ☐


EDMILSON MIRANDA ☐
Noticiante

Procedimento Policial: 00048.0





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 075.523.074-47 Nome completo da vítima: Edmilson Miranda da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: Edmilson Miranda da Silva CPF: 075.523.074-47
País: Recuso Endereço: Sítio Barnocas Número: 5N Complemento: _____
Bairro: Área Rural Cidade: Salameia Estado: PB CEP: 58225-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0038 CONTA: 57030 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

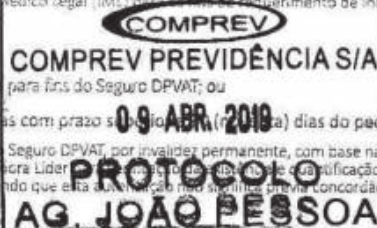
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, da minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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 fins de comprovação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta avaliação não significa prova concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ nascidos (ver nascer): _____ pais/avós vivos: _____

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 art. 309 do Código Penal.

Impressão: _____ Local e Data: João Pessoa - PB 09/04/19
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	14/05/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	319026710801
VALOR TOTAL:	2.362,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDMILSON MIRANDA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00038

CONTA: 000000057030

Número da Autenticação

B929B355591FC9D0





EV -

CERTIDÃO

Nº. 0073/2019

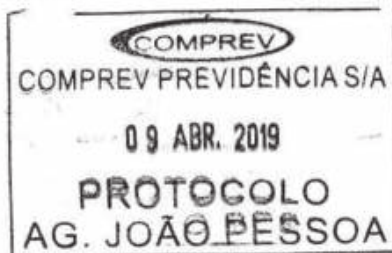
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 159080 e Prontuário nº 2018.08.004684 pertencentes a **EDMILSON MIRANDA DA SILVA** que foi atendido dia 30/08/2018 às 16H57min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico 06/09/2018 com alta médica dia 08/09/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 29 de janeiro de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: 1 - CNPJ:

Ficha Nr: 159080 Atd: Nao Regula
Data: 30/08/2018
Hora: 16:57:14
Recepcionista: JUSSARA MANUELA BENTO
Clinica: ~~ORTOPEDIA~~ *Ortopedia*

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDMILSON MIRANDA DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.08.004684

CNS: 706909104053937 Sexo: M IDENTIDADE: 2951075 SSP PB Fone: 981583277

Natural: CACIMBA DE DENTRO/PB Data Nasc.: 25/05/1985 Id: 33 ano(s)

End.: SITIO BARROCA, 0

Bairro: ZONA RURAL Cidade: SOLANEA UF: PB

Mae: MARIA MIRANDA DA SILVA

Pai: ANTONIO MIRANDA DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação: AGRICULTOR

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: O IRMAO-CARLOS ANTONIO

TCC Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO+MOTO (CONDUTOR) HA 02HS

Vitima de violência por: *EM SOLANEA-PROX. POSTO GASOLINA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC:

TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso:

Altura:

[] Hemorragia

[] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[] Diarreia

[] Agitado

Circ. Abd:

[] Regular

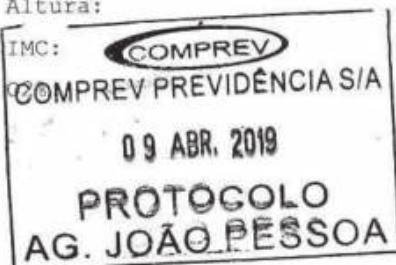
[] Chocado

Queixa Principal

COLISAO CARRO X MOTO

[] Vomito

Observacao



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Ustimo de colisão Moto-Carro, el trauma em M.E.,
e dor no local. Sinal de fratura (deformidade) em
femur (E). El outros membros.*

Diagnostico

*Obs: Foi realizado
90g de Tiletal e 01 amp Difema por SAMU*

| Conduta

Prescrição

SR:

*1 Rx de femur (E)
2 A OPIO.
3 Alto de GERAL*

| Horário da medicação

[Signature]
F. Cunha
T. Cirurgião Geral
PB 11045



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

| Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia	☐ Transferido	☐ Desistencia	☐ UTI
☐ Alta a pedido	☐ Enfermaria	Obito: ☐ Atestado	☐ SVO

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do



Nome: EDMILSON MIRANDA DA SILVA				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: Ortopedia	EMP:	LR:
Data: 06/09/2018			Cirurgião: DR RODRIGO AMARAL		
1º Assistente: DR LEONARDO R3			2º Assistente: DR ENEAS R2		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura Diafisária de Tíbia E</i>					<i>S82.2</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Osteossíntese de Fratura de Tíbia</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 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Edmerson Miranda do Belic Data da Admissão: 30/08/18
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: _____

HDA: Dor + deformidade em. perna (F)

Medicações em uso: Nega

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
☐ Dispneia ☐ 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-reposso ☐ 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.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA**Posição e Preparo:***Paciente em decúbito dorsal sob anestesia**Assepsia + Antissepsia**Aposição de campos cirúrgicos estéreis***Incisão:***Incisão em 1/3 médio da região anterolateral da perna**DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ O FOCO DA FRATURA***Achados:***Visualização de foco de fratura da tíbia***Conduta:***Realizada manobra de redução**Aposição de Placa de Tíbia de 12 furos**Aposição de 06 parafuso cortical 4,5mm**Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%**Realizado RX controle***Fechamento:***Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele**Curativo***OBS:**

Data: ____/____/____

MÉDICO/CRM

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



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

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

[] 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: _____

1 - Rx _____

Hipóteses Diagnósticas:

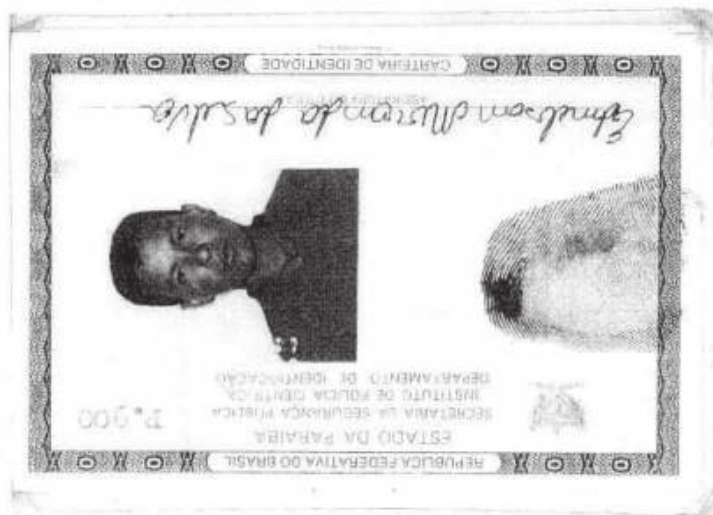
2 - fr do oco do pema (E) _____

Conduta: _____

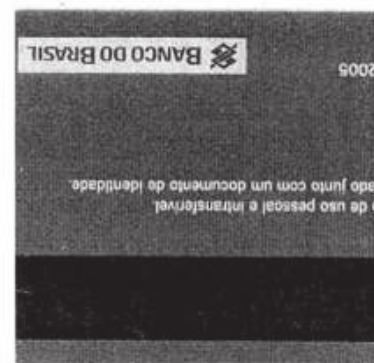
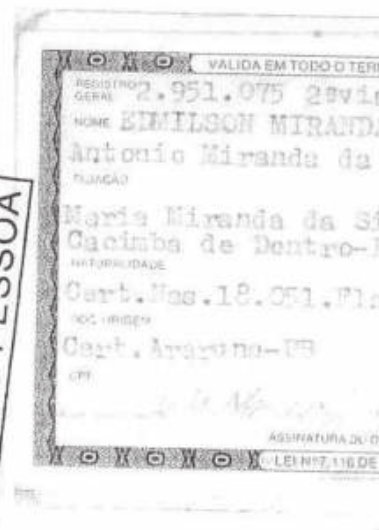
3 - IH p/ Tto cirurgico. _____

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





COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
09 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

DOC. IDENTIDADE - CRI. EMISSOR UF
 3627718 SP 95

CIVILIDADE DATA NASCIMENTO
 046.502.754-74 21/08/1982

PREVENÇÃO
 ALEXANDRE DE ARAUJO
 DUARTE
 MARCIA CESAR DUARTE

PREVENÇÃO NCC CATEGORIA
 01 01 1

Nº REGISTRO VALIDEZ 1ª AVALIAÇÃO
 01851265660 16/01/2019 29/06/2001

DESCRIÇÃO

Alexandra Cesar Duarte
 ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL DATA EMISSÃO
 JOÃO PESSOA, PB 17/01/2014

Rodolfo Carneiro
 ASSINATURA DO EMISSOR 66588356744
 08027919595

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 894056231

PROIBIDO PLASIFICAR
 894056231

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 09 ABR. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA

DETRAN - PB Nº 5680429183
 PRI 20060000055322-8

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 863109187 RTB

NOME / ENDEREÇO
 JOAO MONTEIRO PAIXAO NETO
 RUA JOAO CANCIO 62
 MANAIRA
 58038341 JOAO PESSOA PB

CAP/CIL PLACA
 50037927434 MNJ8548/PB

NOME ANTERIOR
 JOHNSON QUEIROZ DE OLIVEIRA

NOVO PB 9C2JC30705R061952

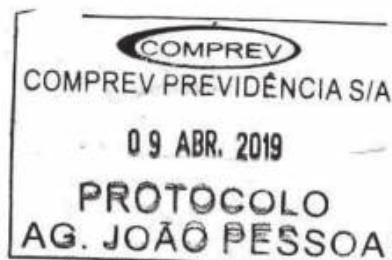
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/ COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN ANO FAB. 2005 ANO MOD. 2005

CAP/POT/CIL 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE AZUL

OBSERVAÇÕES
 SEM RESERVA DE DOMINIO
 DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TRANSFERENCIA
 GUARDE EM LOCAL SEGURO

JOAO PESSOA - PB 32280 DATA 26/05/2006
 AURELIANO D. LEITE 7595



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121035/19

Número do Sinistro: 3190267108

Vítima: EDMILSON MIRANDA DA SILVA

CPF: 075.523.074-47

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/08/2018

Titular do CPF: EDMILSON MIRANDA DA
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/04/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/04/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Obs: Conforme boletim de ocorrência apresentado, o proprietário do veículo é falecido e a vítima não conhece o mesmo.



Relatório ao proprietário da motocicleta



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Certidão de Óbito

NOME:

*** JOÃO MONTEIRO FALCÃO NETO ***

MATRÍCULA:

072249 01 55 2017 4 00116 031 0047148 95

SEXO Masculino	COR Branca	ESTADO CIVIL E IDADE Solteiro, 51 anos
NATURALIDADE João Pessoa - PB	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CPF/MF Nº 500.379.274-34, RG 1.017.731 SSP/PB	ELEITOR Sim

FILIAÇÃO E RESIDÊNCIA

Filho de JOÃO MONTEIRO FALCÃO FILHO e de LANE IVANILDA COSTA FALCÃO. Residência do falecido: Rua Coronel José Maurício da Costa nº 16, Brisamar, João Pessoa - PB

DATA E HORA DE FALECIMENTO

Dezessete de setembro de dois mil e dezessete, às 8h30min.

DIA

17

MÊS

09

ANO

2017

LOCAL DE FALECIMENTO

Hospital Memorial São Francisco, Nesta Capital, Conforme D O de N 25885824-9

CAUSA DA MORTE

INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA, INSUFICIÊNCIA RESPIRATÓRIA AGUDA, HEMORRAGIA DIGESTIVA C. P. BAIXA, HEPATOCARCINOMA, (MORTE NATURAL)

SEPULTAMENTO / CREMAÇÃO

Cemitério Senhor da Boa Sentença, Nesta Capital

DECLARANTE

GERLANE RIBEIRO SOARES, RG Nº 939825 SSP PB, profissão Comerciante, estado civil solteira, residente Rua Coronel José Maurício da Costa, 16, Brisamar, Nesta Capital

NOME E Nº DE DOCUMENTO DO(S) MÉDICO(S) QUE ATESTOU(AM) O ÓBITO

DR LUIZ GUSTAVO CESAR DE B CORREIA, CRM 8684

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

Ato registrado no livro C-116, às folhas 31 sob o nº 47148. Data do registro: 17 de setembro de 2017. Data de nascimento do falecido: 29 de julho de 1966. O falecido era Comerciante, solteiro, deixa um filho de nome: Juan Victor Ribeiro Falcão, deixa bens e era eleitor. Lido, conferido e assinado pela declarante.

Nome do Ofício

Serviço Registral Marques Costa - 11º Ofício

Oficial Registrador

Cláudia Cristina Lima Marques

Município/UF

João Pessoa

Endereço

Av. Cruz das Armas, 3142, Sl.02, Ed. Planalto Center -

Func.I, CEP: 58087-000 - TELEFAX: (83) 3233-5600

EMAIL: cartoriomarquescosta@gmail.com

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
João Pessoa, 17 de setembro de 2017.

Celso F. de Medeiros

**CELSON FERREIRA DE MEDEIROS
ESCREVENTE**

SERVIÇO REGISTRAL MARQUES COSTA

Selo digital AEK37816-NGU9

Consulte a autenticidade em

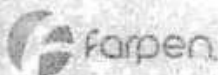
<https://selodigital.tjpb.jus.br/>

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

30 ABR. 2019

**PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA**



VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU RASURA INVALIDA ESTE DOCUMENTO

Nº 471027 B



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/07/2023 12:38:23

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070512382265800000071281981>

Número do documento: 23070512382265800000071281981

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190267108 **Cidade:** Solânea **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDMILSON MIRANDA DA SILVA **Data do acidente:** 30/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190267108 **Cidade:** Solânea **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDMILSON MIRANDA DA SILVA **Data do acidente:** 30/08/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE).ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: Edmilson Miranda da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Sítio Barragem nº 514, bairro Zona Rural, Município de Solânea, Estado de(o) PB, Cep: 58225-000, portador(a) do Rg nº 2.951.075, SSP/PB e CPF nº 075.523.071-47.

Outorgado: Alexandra Bezor Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal Costa Duarte nº 957, bairro Memória, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58056-384, portador(a) do RG nº 262.7718, 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) Edmilson Miranda da Silva ocorrido em 30/08/18, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imvelidez.

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.

Solânea, 01 de ABRIL de 2019.

DINAH CORRÊA
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Núcleo - Prédio 3º andar - Fórum da Justiça
Região do Trabalho e Comércio e Posto Judiciário 50225-000 (F. 351) 3361-2242 (cartão de atendimento ao cliente)

EDNA MARIA CORRÊA PAIVA
TITULAR
OAB/PB 124.124-1

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2019-001537
Reconheço por autenticidade a firma de:
EDMILSON MIRANDA DA SILVA

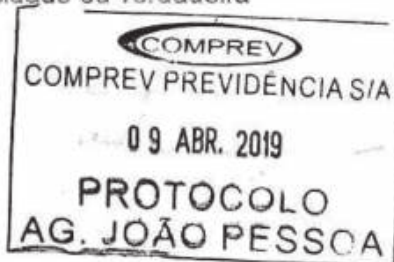
Dou fe, em testemunho da verdade. Solânea-PB, 01/04/2019 09:43:45
EMOL: R\$ 9,91 FEPJ: R\$ 1,90 FARPEN: R\$ 0,29 ISS: R\$ 0,50
SELO DIGITAL: A1H04879-EJLJ
Crieira a autenticidade em <http://selodigital.tjpb.jus.br>

ELDA SOUSA ALENCAR DE BRITO - ESCRIVENTE
Elda Sousa Alencar de Brito
Escrivente



Edmilson Miranda da Silva
Outorgante
CPF Nº

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121035/19

Número do Sinistro: 3190267108

Vítima: EDMILSON MIRANDA DA SILVA

CPF: 075.523.074-47

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDMILSON MIRANDA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/04/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/04/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121035/19
Vítima: EDMILSON MIRANDA DA SILVA
CPF: 075.523.074-47
CPF de: Próprio
Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A
Data do acidente: 30/08/2018
Titular do CPF: EDMILSON MIRANDA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

EDMILSON MIRANDA DA SILVA : 075.523.074-47

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/04/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0121035/19

Número do Sinistro: 3190267108

Vítima: EDMILSON MIRANDA DA SILVA

CPF: 075.523.074-47

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDMILSON MIRANDA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/04/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/04/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

