



Número: **0866502-75.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **30/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
RAFAEL DOS SANTOS SILVA (AUTOR)	FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)	
<del>HEUDER ROMERO LIBERALINO (TERCEIRO INTERESSADO)</del>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39526 672	16/02/2021 12:52	<a href="#">Petição</a>	Petição
39526 674	16/02/2021 12:52	<a href="#">2564874_JUNTADA_DE_DOCS_03</a>	Outros Documentos
39526 676	16/02/2021 12:52	<a href="#">2564874_ELABORAR_JUNTADA_DE_DOCS_Anexo_01</a>	Outros Documentos

ANEXO





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 16ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB**

Processo n.º 08665027520188152001

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **RAFAEL DOS SANTOS SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., em cumprimento ao último despacho exarado informar que os honorários periciais já foram devidamente pagos e comprovados nos autos, conforme petição presente no ID n° 29579092.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 12 de fevereiro de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL DOS SANTOS SILVA**

Nº Sinistro: **3180060826**

Vitima: **RAFAEL DOS SANTOS SILVA**

Data do Acidente: **28/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180060826**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00101/00102 - carta\_01 - INVALIDEZ

00030051



Carta nº 12343675



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **RAFAEL DOS SANTOS SILVA**  
Nº Sinistro: **3180060826**  
Vitima: **RAFAEL DOS SANTOS SILVA**  
Data do Acidente: **28/11/2017**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180060826**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00813/00814 - carta\_03 - INVALIDEZ

00070407



Carta nº 12343779



---

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2018

Aos Cuidados de:       **RAFAEL DOS SANTOS SILVA**

Sinistro:                 **3180060826**

Vítima:                  **RAFAEL DOS SANTOS SILVA**

Data do Acidente:       **28/11/2017**

Cobertura:              **INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

**Senhor(a),**

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180060826** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00669/00670 - carta\_02 - INVALIDEZ

00070335



Carta nº 12542881



Rio de Janeiro, 13 de Abril de 2018

Carta nº: 12655585

A/C: RAFAEL DOS SANTOS SILVA

Nº Sinistro: 3180060826  
Vitima: RAFAEL DOS SANTOS SILVA  
Data do Acidente: 28/11/2017  
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: RAFAEL DOS SANTOS SILVA

Valor: R\$ 8.100,00

Banco: 104

Agência: 000000729

Conta: 0000039590-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	8.100,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00311/00312 - carta\_15R - INVALIDEZ

00030156





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

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASI: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 700.452.634-85 Nome completo da vítima: Rafael dos Santos Silva

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

Nome completo <u>Rafael dos Santos Silva</u>		CPF titular da conta <u>700.452.634-85</u>	Profissão <u>autônomo</u>
Endereço <u>Rua Comandante Fieno</u>		Número <u>311</u>	Complemento
Bairro <u>São José</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58000000</u>
E-mail		Telefone (DDD) <u>(83) 99181-6739</u>	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)   
  BANCO DO BRASIL (001)   
  ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

**CONTA CORRENTE (todos os bancos)**

AGÊNCIA NRO.	DIV.	CONTA NRO.	DIV.
_____	_____	_____	_____
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

João Pessoa, 04 de janeiro de 2018  
Local e Data

Rafael dos Santos Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

29 JAN 2018  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPT.001 V001/2017





Autorização de pagamento:



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

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

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da vítima	Nome completo da vítima
---------------------------	---------------	-------------------------

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

Nome completo <i>Rafael dos Santos Silva</i>		CPF titular da conta <i>700.452.634-85</i>	Profissão <i>autônomo/parado</i>
Endereço <i>Rua Edmunda Fiene</i>		Número <i>12</i>	Complemento <i>quadra 05</i>
Bairro <i>Barro do José</i>	Cidade <i>João Pessoa</i>	Estado <i>PB</i>	CEP
E-mail		Telefone (DDD) <i>(83) 99181-6339</i>	

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)     BANCO DO BRASIL (001)     ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. <i>0729</i>	DV <i></i>	CONTA NRO. <i>01310039590</i>	DV <i>6</i>
Banco		NRO	
AGÊNCIA NRO. <i></i>	DV <i></i>	CONTA NRO. <i></i>	DV <i></i>

(Informar dígito se existir)

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

*João Pessoa/PB, 01 de março de 2018*  
Local e Data

07 MAR. 2018

*Rafael dos Santos Silva*  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

\_\_\_\_\_  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017





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

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

## INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Rajael dos Santos Silva

CPF da Vítima

700.452.639-85

Data do Acidente

28/11/2018

## REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

## Assinalar uma das opções abaixo:

Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

João Moreira 04 de janeiro de 2018

Local e Data

Rajael dos Santos Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

29 JAN 2018

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DAL1.001 V003/2017





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
 SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40  
 SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA  
 Av. Diógenes Chianca, 1777  
 Água Fria - CEP: 58053-900  
 João Pessoa - PB

completação de este formulário:



## DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 712/009, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1899798, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **RAFAEL DOS SANTOS SILVA** idade 28 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Atropelamento) no dia 28/11/2017, na Rua João Cyrillo, Bairro: Altiplano - João Pessoa - aproximadamente às 16:30 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 06 de Dezembro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto  
 Registrado  
 CREIS Região: 10471

Jefferson da Rocha Augusto  
 Matrícula: 67.155-6  
 Coordenação do SAME  
 SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB  
 Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125

29 JAN 2018





## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Rafael dos Santos Silva

RG nº 3.346.841, data de expedição 16/05/2006 Órgão SSP/PB

CPF nº 700.452.634-85 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua Bemundo Freire
Número	S/N
Apto / Complemento	
Bairro	São José
Cidade	João Pessoa
Estado	Paraíba
CEP	58000000
Telefone de Contato	(83) 99181-6739
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: João Pessoa, 04/01/2018

Assinatura do Declarante: Rafael dos Santos Silva

29 JAN 2018



**JOAO BEZERRA DOS SANTOS**  
 RUA FERNANDO RILHO, S/N, BA JOSE  
 JOAO PESSOA / PE CEP: 5300000 (AO: 1)  
 Empresa: 06/11/2017 Referência: Nov/2017  
 Cliente: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFASICO 220V/120V, Ciclo Rotativo, 2500 Watts PE - CPF: 50011680  
 Cnpj: 06.005.183/0001-49 Insc. Est: 10.015.0720  
 Nome: J. B. - 4435 Nº. Medidor: 0002817891

Nota Fiscal: 02464 - Energia Elétrica (0001072) 541  
 Doc. para D.E.L. Automático: 0011094334

Atendimento ao Cliente **ENERGISA 0800 083 0196** Acesso: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2017	06/11/2017	05/12/2017	8837082568

**UC (Unidade Consumidora):** **5/1706655-6**

Canal de contato

CONVOCAÇÃO DA JUSTIÇA ELEITORAL -  
 CADASTRO BIOMÉTRICO  
 AUTENTICAÇÃO BIOMÉTRICA E CANCELAMENTO GRATUITO  
 O TRIBUNAL ELEITORAL DA PARAIBA ALERTA QUANTO  
 AO CADASTRO BIOMÉTRICO E CANCELAMENTO GRATUITO  
 MAIS PRÓXIMO PARA EFETUAR O SEU CADASTRO

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias					
Data	Leitura	Data	Leitura						
06/10/17	4435	06/11/17	4659	33					
<b>Demonstrativo</b>									
001	Consumo em kWh:	183 CONSUMO	77,71	77,71	97	35,00	11,01	1,53	4,78
002	Adc. B. Variáveis		- 6,52	5,87	77	1,00	5,87	0,02	0,35
<b>LANÇAMENTOS E SERVIÇOS</b>									
003	CONTROLE SEM LUCRO PÚBLICA		3,05	0,00	0	0,05	0,03	0,00	0,00
004	JUNTAS DE AGUA 10/2017		0,41	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
005	MULTA 10/2017		1,20	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
006	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 10/2017		0,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
007	CUMPRIMENTO RESOLUÇÃO TARIFARIO 10/2017		0,73	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI Grupo de Classificação de Item: 10000 59,84 68,80 27,02 59,75 1,00 0,00

Média últimos meses (kWh): **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**  
 28 **13/11/2017** **R\$ 95,94**

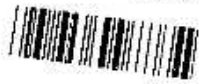
Histórico de Consumo (kWh)

03	04	05	107	03	04	09	118	04	102	110	111
Out17	Set17	Ago17	Jul17	Jun17	Maio17	Abr17	Mar17	Fev17	Jan17	Dez16	Nov16

2f3b.dc51 01bd.474c.1d3a.06cf.dcca.5b8f

Indicadores de Qualidade			Discontinuidade		Valor	%
Limites da ANEEL	Apurada	Limite de tensão (V)			(%)	
DC MENSAL	4,50		Remoção de energia por manutenção	19,00	19,00	19,00
DC TRIMESTRAL	8,00	NORMAL	Comando de tensão	7,57	75,76	75,76
DC ANUAL	18,00		Outras interrupções	2,22	2,22	2,22
DC MENSAL	5,47	3,00	Interrupção por manutenção	5,55	55,55	55,55
DC TRIMESTRAL	8,24	CONSTRUTORA	Outras interrupções	7,22	7,22	7,22
DC ANUAL	13,30	100% ATENDIMENTO				
DC MENSAL	2,77	5,00				
DC ANUAL	17,23					
			<b>Total</b>	<b>95,94</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Maria José dos Santos Silva  
 RG nº 4351266 data de expedição 03/12/1987  
 Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 690.505.974-91 com  
 domicílio na cidade de Joaquim Pessoa no Estado de  
Pernambuco onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Edmundo Filho, Bairro São José nº SIN,  
 complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
 vítima Rafael dos Santos Silva cujo o condutor era  
Rafael dos Santos Silva.

Veículo: motocicleta  
 Modelo: Honda NXR 160  
 Ano: 2017/2017  
 Placa: QEV 8304/PB  
 Chassi: 9C2KD0810HR455613  
 Data do Acidente: 23/11/2018  
 Local e Data: Joaquim Pessoa, 04/01/2018



x Maria José dos Santos Silva  
 Assinatura do Declarante

Rafael dos Santos Silva  
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não é vítima reclamante do sinistro)

RAVASSOS

41 FARELIONATO DE NOTAS

NOTA JOSE DOS SANTOS SILVA

TEST. da verdade. João Pessoa-PB 04/01/2018 15:06:27

Escritório de Notar Freitas - Escritório

CPF: 02019078/11-33 FARELIONATO 0.20 15/01/2018 0.47

LINK DIGITAL: https://pje.tjpb.br

Verifique a autenticidade em https://seledigital.tjpb.br

23 JAN 2018







Documentação Médica - II

**LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA**

NOME <i>Rafael dos Santos Silva</i>			PRONTUÁRIO Nº		
IDADE <i>28 anos</i>	SEXO <i>Masc</i>	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>28/11/2017</i>		DATA DE ALTA <i>22/12/2017</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>24 dias</i>	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura do 1/3 Proximal de Tibia Direito com Fixador Externo</i>					CID <i>S82.3</i>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de quadril demonstrando solução de continuidade óssea da Tibia</i>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
...ECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO		
RESULTADO BACTERIOLÓGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO ( ) REMOVIDO ( ) A PEDIDO ( ) CURADO ( )					
ÓBITO					

**RESUMO CLÍNICO** (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

*Paciente portador(a) de fratura expsta cominutiva do 1/3 proximal da Tibia esquerda com fixador externo foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de retirada de fixador externo + redução aberta e fixação interna. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica, antitrombolítica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.*

**ORIENTAÇÕES PÓS ALTA**

**DIETA:** *Livre ou conforme já realizada pelo 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 **45 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, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.*

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** *Ciprofloxacina, Tramadol (cloridrato de tramadol), Prudaxa.*

**RETORNO:** Ao posto de saúde em **21 dias**.  
Ao ambulatório do *Complexo Hospitalar Mangabeira* em **24 dias**.

*22.12.2017*

DATA

*Dr. Alexandre Galvão*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 9128/SBTO 9603

ASS. MÉDICO / C.R.M

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

**29 JAN 2018**

BMF



Complexo Hospitalar MANGABEIRA



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Rafael dos Santos</u>				PRONTUÁRIO Nº	
ENDIM:	SEXO:	DSR:	CLÍNICA:	ENV:	LEITO:

DATA DE ADMISSÃO:	DATA DE ALTA: <u>13/12/17</u>	TEMPO DE PERMANÊNCIA:
-------------------	-------------------------------	-----------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Fratura de zigueira</u>	CDM: <u>502.4</u>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:	

EXAMES DIAGNÓSTICOS

PRESCRITAÇÕES:

100 mg resmet + Masik

PROCEDIMENTO REALIZADO:

Redução incremental de Fratura

TERAPIA FISIOTERAPÊUTICA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO F.O.  SIM  NÃO      COLETA DE MATERIAL  SIM  NÃO

RESULTADO BACTERIOLÓGICO

EVOLUÇÃO DE ALTA:  MELHORADO  REMOVIDO  A PEDIDO  CURADO  ÓBITO

RESUMO CLÍNICO      HISTÓRIA FAMILIAR TERAPÊUTICA COMPLEMENTAR:

Paciente admitido com fratura de zigueira subcutânea à esquerda para redução aberta

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO: Relativo em casa por \_\_\_\_\_ dias.  
Retorno às atividades sem esforço físico em \_\_\_\_\_ dias.  
Retorno às atividades com esforço físico leve em \_\_\_\_\_ dias e com esforço maior em \_\_\_\_\_ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "meação" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente uma Unidade Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: Em casa

RETORNO Ao posto de saúde em \_\_\_\_\_ para retirada de pontos.  
Ao Ambulatório do \_\_\_\_\_ em 30 dias para revisão.

DATA: 13/12/17

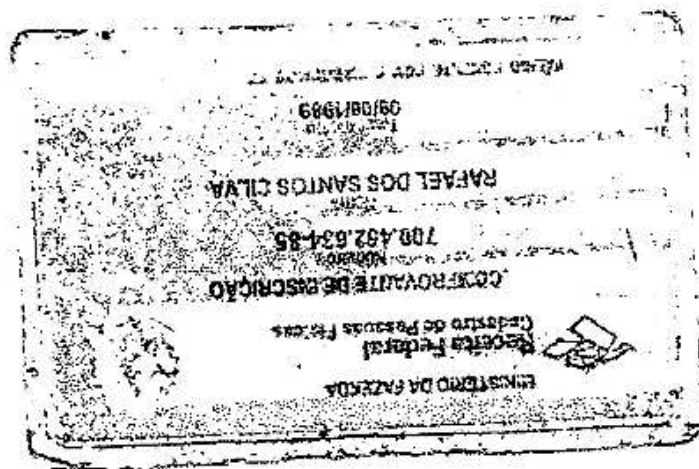
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar  
Para OMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

Carla de Castro  
Cirurgiã Geral - 2017  
12510  
12510



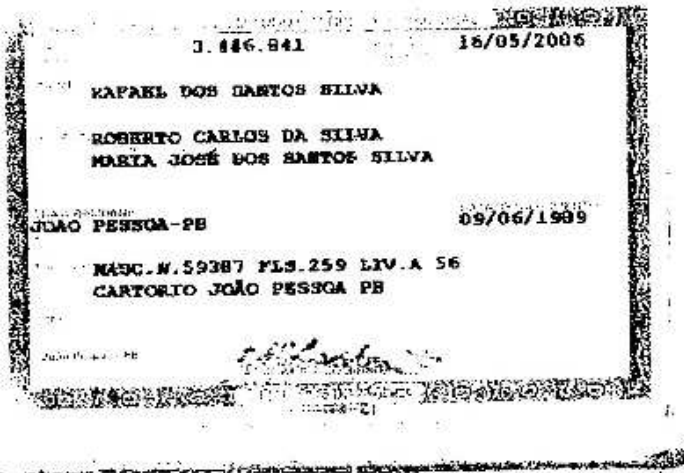


29 JAN 2018



documentos de identificação







## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180060826 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAFAEL DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 28/11/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 20/03/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** DEPENDE DE PERÍCIA MÉDICA

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** DOCUMENTAÇÃO EM ANEXO INSUFICIENTE PARA VALORAÇÃO SEGURA

### 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

### PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

**Nome do médico:** DORIAN BRAGA SARAIVA

**CRM do médico:** 52.32571-1

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



## PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180060826 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RAFAEL DOS SANTOS SILVA **Data do acidente:** 28/11/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA COMINUTIVA DO TERÇO PROXIMAL DA TIBIA À DIREITA COM PERDA ÓSSEA. FRATURA EM ZIGOMA

**Descrição do exame médico pericial:** AO EXAME, VITIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, DOR À PALPAÇÃO, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO, TORNOZELO E PÉ DIREITOS. DÉFICIT DA MOBILIDADE DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR.

**Resultados terapêuticos:** SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR ILIZAROV EM PERNA DIREITA E REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA EM FACE.

**Sequelas permanentes:** Dano cranio facial, Limitação funcional do membro inferior direito

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 26/03/2018

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Andre Lopes Soares

**CRM do médico:** 6144

**UF do CRM do médico:** PB

### 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>60 %</b>	<b>R\$ 8.100,00</b>



**PARECER DE PERÍCIA MÉDICA**



**PRESTADOR**

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

**CRM do médico:** 52.28426-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Roberto Martins Alburquerque', written over a light blue horizontal line.



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180060826**

Nome do(a) Examinado(a): **RAFAEL DOS SANTOS SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**R EDMUNDO FILHO, 96 - S JOSE - João Pessoa - PB - CEP 58034500**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **3446841**

Data e local do acidente: [ **28/11/2017** ] **JOAO PESSOA - PB**

Data e local do exame: [ **26/03/2018** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

**FRATURA EXPOSTA COMINUTIVA DO TERÇO PROXIMAL DA TIBIA À DIREITA COM PERDA ÓSSEA. FRATURA EM ZIGOMA**

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

**SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO DE FIXADOR ILIZAROV EM PERNA DIREITA E REDUÇÃO INCRUENTA DA FRATURA EM FACE.**

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

**AO EXAME, VITIMA APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, DOR À PALPAÇÃO, LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO, TORNOZELO E PÉ DIREITOS. DÉFICIT DA MOBILIDADE DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR.**

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

[  ] Sim [  ] Não

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[  ] Sim [  ] Não

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

**Dano cranio facial, Limitação funcional do membro inferior direito**

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

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

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



"Vítima em tratamento"  
Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

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

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal (Sequela):  
Membro inferior direito  
% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100%  
completo

Região Corporal (Sequela):  
\_\_\_\_\_  
% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100%  
completo

Região Corporal (Sequela):  
Estruturas cranio faciais  
% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100%  
completo

Região Corporal (Sequela):  
\_\_\_\_\_  
% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100%  
completo

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



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB

