



Número: **0823661-31.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **4ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **20/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 3.543,75**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>MIRIAM MARIA DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>SAYONARA TAVARES SANTOS SOUSA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38492 336	18/01/2021 20:12	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
38492 337	18/01/2021 20:12	<a href="#"><u>2619575_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
38492 338	18/01/2021 20:12	<a href="#"><u>2619575_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 20:12:31  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011820123022100000036705436>  
Número do documento: 21011820123022100000036705436

Num. 38492336 - Pág. 1

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180436261      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MIRIAM MARIA DA SILVA      **Data do acidente:** 27/09/2015      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 04/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO COM LESÃO DO EXTENSOR.  
TRAUMA CONTUSO NO QUADRIL ESQUERDO E PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME LAUDO DE IML Nº03.01.07.112016.010496 - QUESITO 6 - SIM.

### 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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
<b>Total</b>			<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0343493/18

**Número do Sinistro:** 3180436261

**Vítima:** MIRIAM MARIA DA SILVA

**Data do acidente:** 27/09/2015

**CPF:** 692.363.214-53

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MIRIAM MARIA DA SILVA

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médica-hospitalar  
Laudo do IML - Lesões corporais

### 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](http://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: 02/04/2019

Nome: JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA  
CPF: 008.131.284-98

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/04/2019

Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA

RENATO LUNA DIAS



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180436261      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MIRIAM MARIA DA SILVA      **Data do acidente:** 27/09/2015      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 28/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO COM LESÃO DO EXTENSOR.  
TRAUMA CONTUSO NO QUADRIL ESQUERDO E PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVÍABILIZOU ESTABELECIER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
			<b>Total</b>	<b>0 %</b>



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0343493/18

**Número do Sinistro:** 3180436261

**Vítima:** MIRIAM MARIA DA SILVA

**CPF:** 692.363.214-53

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 27/09/2015

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MIRIAM MARIA DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

### 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](http://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: 24/01/2019

Nome: JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA  
CPF: 008.131.284-98

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/01/2019

Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA  
CPF: 109.758.064-40

JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

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

CLIENTE: MIRIAM MARIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000016864-3

---

Nr. da Autenticação 24A3B99F26A49834



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 20:12:32  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011820123120900000036705437>  
Número do documento: 21011820123120900000036705437

Num. 38492337 - Pág. 5

Rio de Janeiro, 20 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MIRIAM MARIA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180436261**  
Vitima: **MIRIAM MARIA DA SILVA**  
Data do Acidente: **27/09/2015**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180436261**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 13384750



Rio de Janeiro, 21 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **MIRIAM MARIA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180436261**

Vitima: **MIRIAM MARIA DA SILVA**

Data do Acidente: **27/09/2015**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA**

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180436261**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médica-hospitalar não conclusivo

Pag. 00229/00230 - carta\_03 - INVALIDEZ

00050115  


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

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

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

Carta nº 13390985

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 20:12:32  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011820123120900000036705437>  
Número do documento: 21011820123120900000036705437

Num. 38492337 - Pág. 7



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

---

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180436261**

**Vítima: MIRIAM MARIA DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/09/2015**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MIRIAM MARIA DA SILVA**

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

Documentação médica-hospitalar

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. 00887/00688 - carta\_03 - INVALIDEZ



00060344

Carta nº 13868114



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 20:12:32  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011820123120900000036705437>  
Número do documento: 21011820123120900000036705437

Num. 38492337 - Pág. 8

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

---

**Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180436261**      **Vítima: MIRIAM MARIA DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/09/2015**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MIRIAM MARIA 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\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

**Recebedor: MIRIAM MARIA DA SILVA**

**Valor: R\$ 337,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000036**

**Conta: 0000016864-3**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## 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 ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
---------------------------	---------------	-------------------------

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL			
Nome completo <i>Miriam Maria da Silva</i>	CPF titular da conta <i>692.363.214-53</i>	Profissão	
Endereço <i>Rua Conselheiro José Joaquim da Silva</i>	Número <i>511</i>	Complemento	
Bairro <i>Jardim Vilação</i>	Cidade <i>João Pessoa</i>	Estado <i>PB</i>	CEP <i>58800-000</i>
Email <i>tolurvalencia11@hotmail.com</i>		Telefone (DDD) <i>83 3222-1088</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			
<input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		BANCO Nome _____ NRO. _____	
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		AGÊNCIA NRO. _____ D/V. _____ CONTA NRO. _____ D/V. _____	
AGÊNCIA NRO. _____	CONTA NRO. _____	(Informar dígito se existir)	
<i>0036</i>	<i>013</i>	<i>16564 3</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, 14 de setembro de 2018*

Local e Data

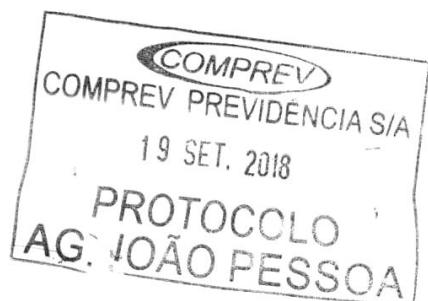
*\* Miriam Maria da Silva*

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
1<sup>a</sup> SUPERINTENDÊNCIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULOS DA CAPITAL  
Rua Manoel Rufino da Silva, SN, Central de Polícia - João Paulo II, João Pessoa - PB, CEP: 58076-005

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL Nº 3519/2015

Aos vinte e oito dias do mês de outubro do ano de dois mil e quinze, nesta cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, na Delegacia de Acidentes de Veículos da Capital, sob a responsabilidade do Delegado de Polícia Francisco Deusdedit Leitão Filho, comigo Policial Civil de seu cargo, ao final assinado, aí por volta das 12:10h, compareceu o (a) Senhor (a): **MIRIAM MARIA DA SILVA**, brasileira, natural de Carpina/PE, viúva, com 51 anos de idade, autônoma, ensino fundamental incompleto, filha de Manoel Severino da Silva e de Maria das Dores da Silva, RG 1.371.705-2<sup>a</sup>via-SSP/PB, residente na Rua Comerciante José Joaquim da Silva, Qd. C, Lt. 4, Jd. Veneza, João Pessoa/PB, o (a) qual notificou o seguinte: QUE no dia 27/09/15, por volta das 15:40h, ao sair de seu trabalho da Feira de Oitizeiro, no bairro de Cruz das Armas, nesta, quando foi atravessar a referida avenida foi atropelada por uma motocicleta não identificada; QUE o motociclista não caiu da motocicleta e evadiu-se do local; QUE pessoas do local vieram a seu socorro; QUE devido ao fato veio a sofrer lesão em mão direita, entorse de quadril e de pé esquerdo, sendo admitida no Pronto Socorro Central de Fraturas no dia 29/09/15, por volta das 08:47h, onde se submeteu a procedimentos médicos. Por este motivo notificou o fato. O referido é verdade, dou fé.

João Pessoa (PB), 28 de outubro de 2015.

Miriam Maria da Silva  
Notificante

Francisco Leitão  
Policial Civil

Serviço Registral Alcântara Brito

Av. Cruz das Armas, 499

### AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta serventia, que confere com o original. Dou fé.  
João Pessoa, 17 de agosto de 2016.

Em testo *Maricélia da Silva Luz* da verdade

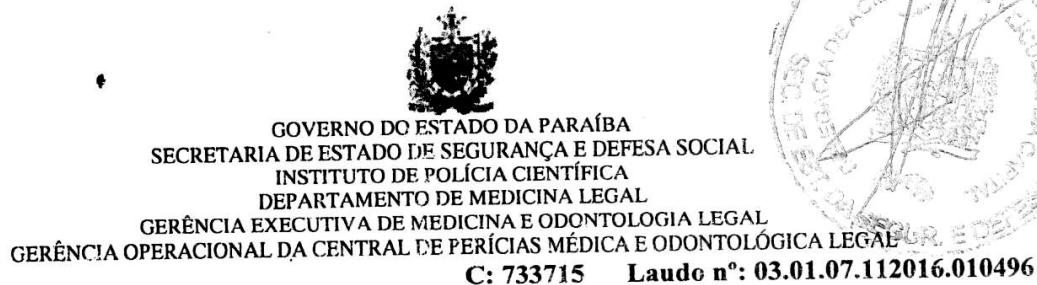
Maricélia da Silva Luz - Escrivente autorizada

\* Selo: AN035532-65VK \*

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

*Maricélia da Silva Luz*  
Escrivente Autorizada





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL  
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL  
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLOGICA LEGAL

C: 733715 Laudo nº: 03.01.07.112016.010496

## LAUDO TRAUMATOLÓGICO

### Sanidade física

Data do exame: 22/11/2016 Hora do exame: 00:00

Órgão Requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos. nº da Solicitação: 388/2016 Autoridade  
Solicitante: Francisco Deusdedit Leitão Filho. Nome: MIRIAM MARIA DA SILVA, 51anos, sexo:  
feminino, Raça/cor: parda, filho(a) de: Manoel Severino da Silva e de: Maria das Dores da Silva,  
Estado civil: viúvo(a). Nacionalidade: brasileira. Natural de: Carpina/PE. Profissão: autônomo(a).

**HISTÓRICO:** refere que foi vítima de atropelamento no dia 27/09/2015, por volta das 15:40 horas, na  
Avenida Cruz das Armas.

**DESCRIÇÃO:** A examinada apresenta flexo vicioso na falange distal do 5º quirodáctilo direito.  
Movimentos de flexão dos quirodáctilos dentro da normalidade assim como também a força de  
preensão da mão direita.

#### QUESITOS:

- 1) O paciente acha-se curado das ofensas físicas recebidas? SIM.
- 2) No caso negativo, quantos dias mais serão necessário para sua completa cura? PREJUDICADO.
- 3) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? NÃO.
- 4) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 5) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 6) Resultou deformidade permanente? SIM, DISCRETA DEFORMIDADE PERMANENTE POR  
FLEXO VICIOSO DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Dr(a).Francisco Divina Silveira de Melo  
Perito Oficial Médico-Legal  
Mat:078.463-0 CRM 3272/PB





Central Fraturas

PRONTO SOCORRO CENTRAL DE FRATURAS  
C.N.P.J.: 08682890000170

End.: PEDRO II - Bairro: CENTRO - CEP: 58013-000

Cidade: JOÃO PESSOA - Estado: PB - Telefone: 3221-3307

PRONTUARIO: 207174

DADOS PESSOAIS

Prontuário: 207174

Nome: MIRIAM MARIA DA SILVA

FICHA DO PACIENTE

DATA/HORA: 29/09/2015 08:47:02

Recep.: NAVILLA

Nasc.. 11/10/1964 - 50 Anos, 11 Meses

Profissão: DO LAR Identidade: 1371705 O.E: CPF: 69236321453

Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA

Pai: MANOEL SEVERINO DA SILVA

Sexo: FEMININO

Cor: BRANCA

Estado Civil: SOLTEIRO

End.: Q C L 4 Bairro: JARDIM VENEZA

Cidade: JOAO PESSOA Estado: PB Cod. Município: 250750 Fone: 987813608

Convenio: SUS-SECRETARIA MUNIC Médico: MANOEL MARQUES DA NOBREGA

Carteira: Tipo Atend.: SEGUIMENTO Indicação:

Plano: Venc.:29/09/2015

HISTÓRIA DO CASO:

EXAME OBJETIVO:



DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

lesão tróxila extensor sc. R. + mao  
+ entorse do quadril D + extorse do subtil D  
+ fratura do hálux E.

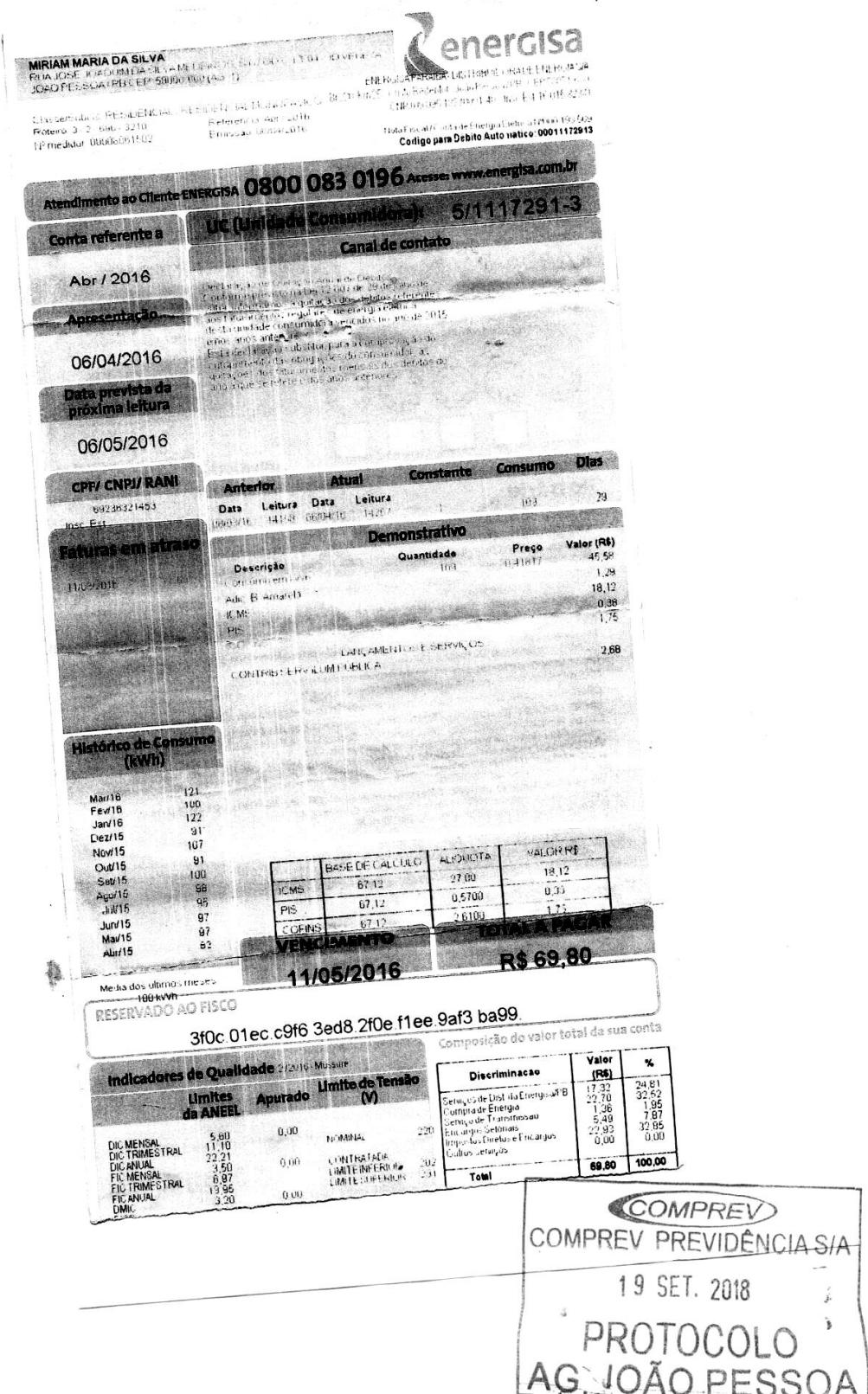
DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO:

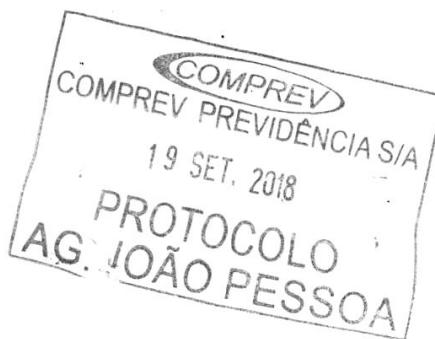
rx mao Dext + quadril D  
entorse do subtil D ext. flex. + rx de  
mão D ext

TRATAMENTO REALIZADO:

rx mao Dext + mao +  
revisão em fratura + lesão tróxila extensor  
+ queiroloscopio D







Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 20:12:32  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011820123120900000036705437>  
Número do documento: 21011820123120900000036705437

Num. 38492337 - Pág. 16



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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Jessara Tavares Santos Sousa inscrito (a) no CPF/CNPJ 002.335.284 / 98 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Miriam Maria da Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 692.363.214 / 53 do sinistro de DPVAT cobertura Invadir da Vítima Miriam Maria da Silveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 692.363.214 / 53 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço	Número		Complemento
<u>RJ Jocéu no Chão</u>	<u>573</u>		
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Jocéu Pernambu</u>	<u>PB</u>	<u>58013-520</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	
<u>Torvorsadvokat@hotmail.com</u>	<u>83 3222-1088</u>		

Jocéu Pernambu, 14 de setembro de 2018

Local e Data

Assinatura do Declarante  
Jessara Tavares Santos Sousa  
ADVOGADA  
CAB-PB 12519

DLDRL.001 V001/2017





PRONTO SOCORRO CENTRAL DE FRATURAS  
C.N.P.J.: 08682890000170

End.: PEDRO II - Bairro: CENTRO - CEP: 58013-000  
Cidade: JOÃO PESSOA - Estado: PB - Telefone: 3221-3307

PRONTUARIO: 207174

Central Fraturas

DADOS PESSOAIS

Prontuário: 207174

DATA/HORA: 29/09/2015 08:47:02

Nome: MIRIAM MARIA DA SILVA

Nasc.. 11/10/1964 - 50 Anos, 11 Meses

Recep.: NAVILLA

Profissão: DO LAR Identidade: 1371705 O.E: CPF: 69236321453

Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA

Pai: MANOEL SEVERINO DA SILVA

Sexo: FEMININO Cor: BRANCA

Estado Civil: SOLTEIRO

End.: Q C L 4 Bairro: JARDIM VENEZA

Cidade: JOAO PESSOA Estado: PB Cod. Município: 250750 Fone: 987813608

Convenio: SUS-SECRETARIA MUNIC

Médico: MANOEL MARQUES DA NOBREGA

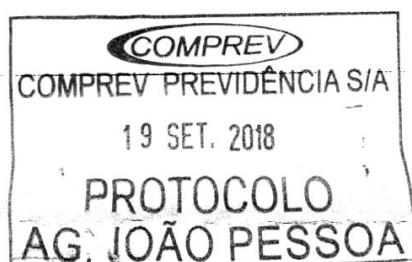
Carteira: Tipo Atend.: SEGUIMENTO Indicação:

Plano: Venc.: 29/09/2015

HISTÓRIA DO CASO:



EXAME OBJETIVO:



DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

lesões tendinosas extensoras do joelho esquerdo  
+ entorse do quadril D + entorse da subtíbia D  
+ fratura do hálbito E.

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO:

revelado D esquerdo + o quadril D  
entorse do subtílio D + luxação D + retração  
músculo D esquerdo

TRATAMENTO REALIZADO:

14/09/15 - Rx molar esquerdo + luxo +  
revisão em fratura + lesões tendinosas extensoras  
do quadríctenito D





fisha no 207174

Maria da Silva

Paciente extenuada neste servir  
apoio extropelemento por sua  
moto (sic) com lesão de tecidos ex -  
terior do joelho e quadril e de fémur e  
tibia apresentou também fratura.  
De alta do caso.

Joel Heese, 281015

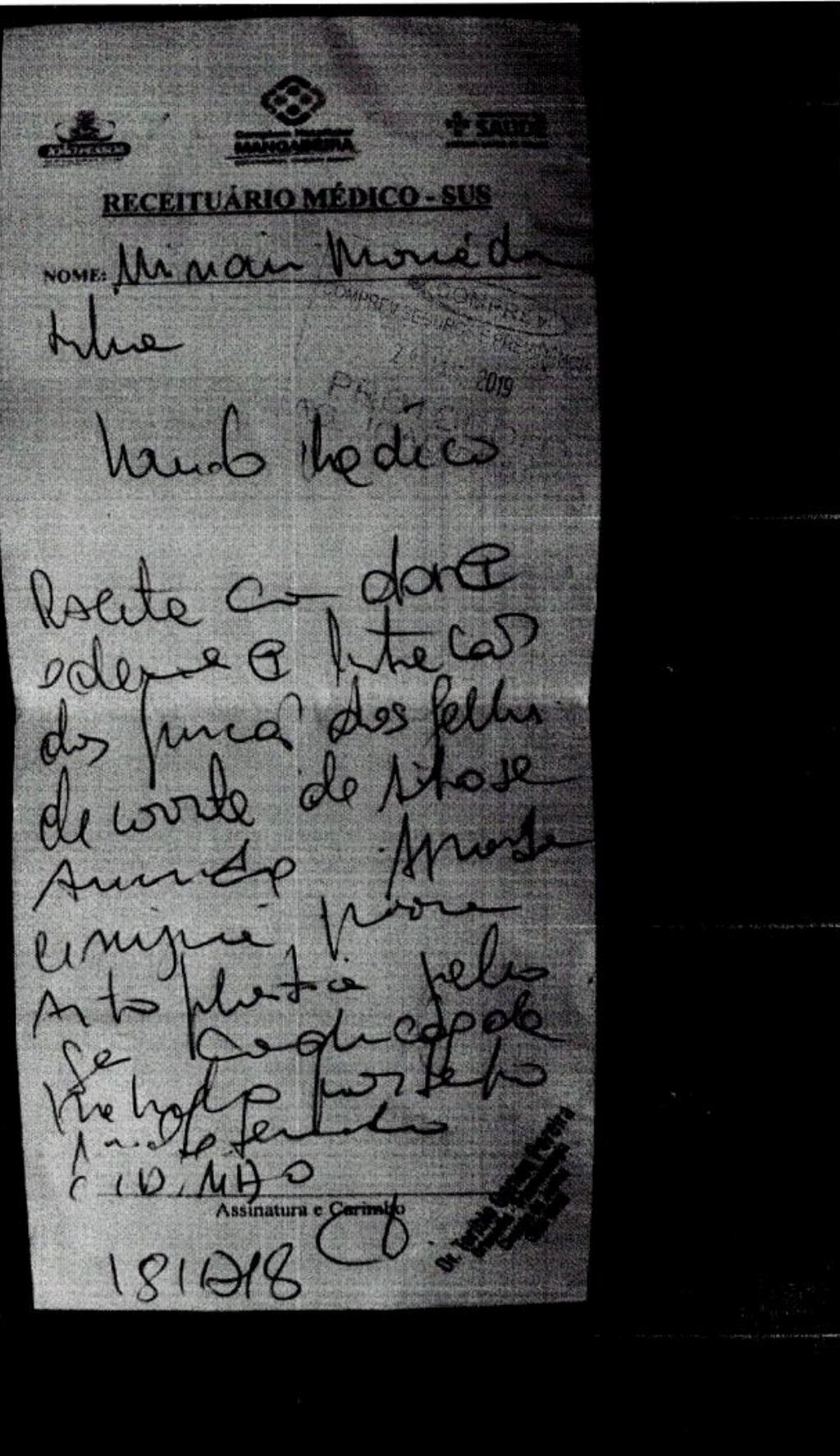
Peter Seeger

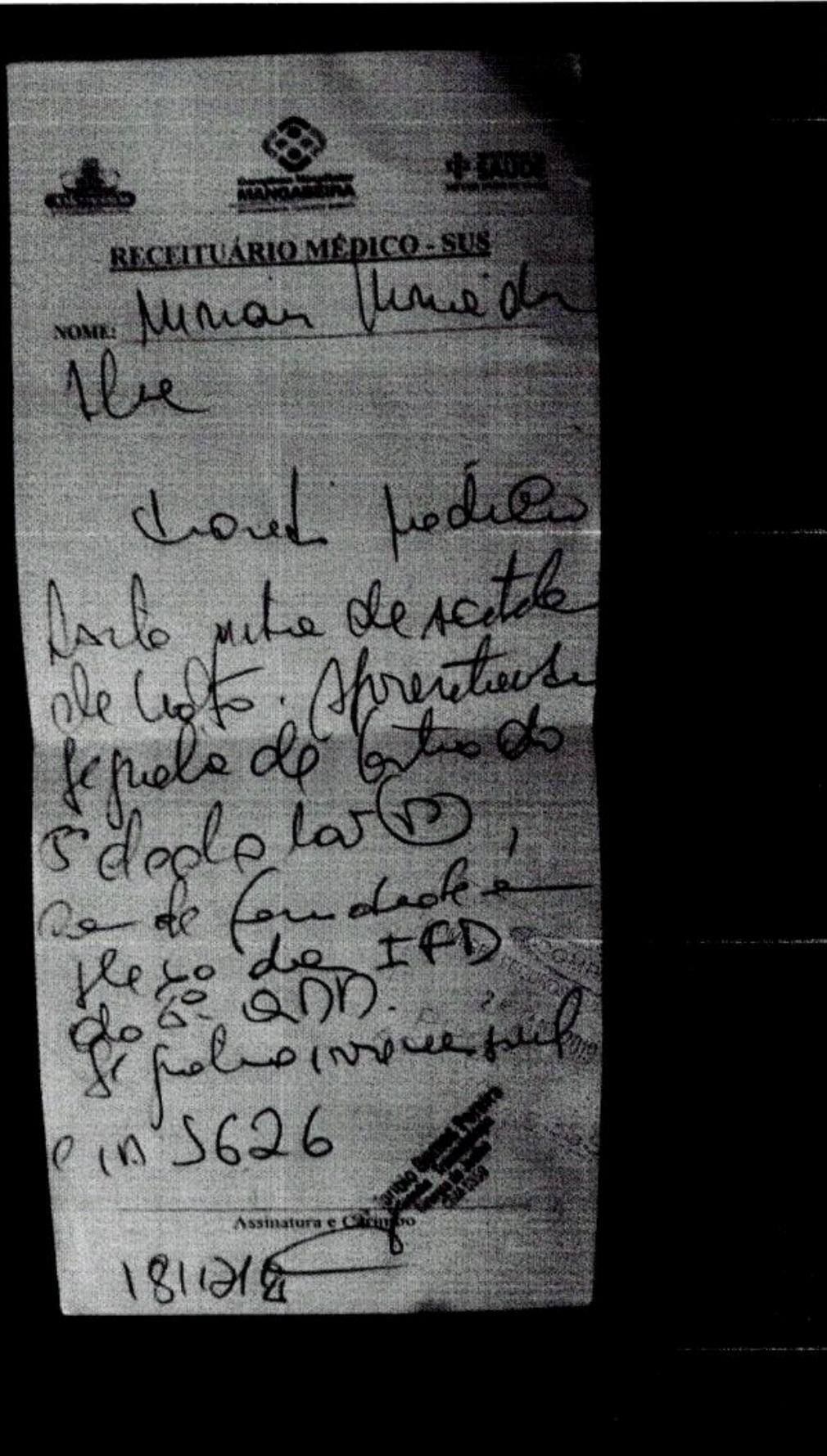
**MATRIZ**  
Av. Dom Pedro II, 690 - Centro  
Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661

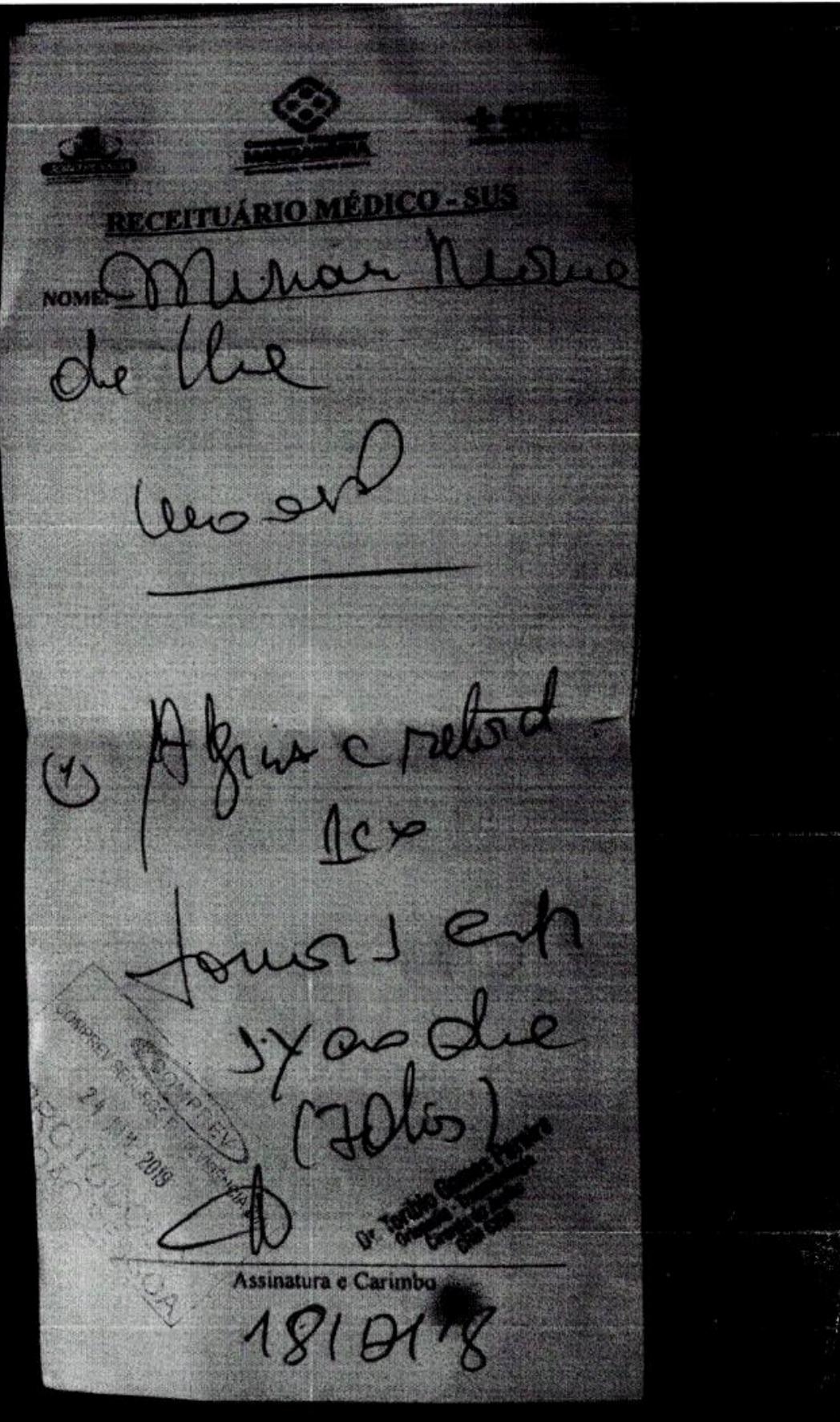
U. Magno Marques da Nobrega  
SPF: 044.943.894-20 CRM: 0689  
Ortopedia e Traumatologia

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
19 SET. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA











PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

RECEITUÁRIO

NOME Astolfo da Cunha

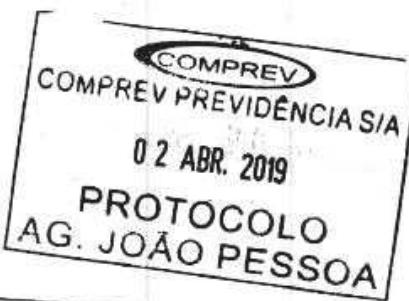
Atento para os  
devedores que que  
minham nome da  
Série 67 prestadora  
de previdência  
deveu (contente, autura  
estoprose, volum  
de com intenção  
deus obtiveram  
principiante  
Ano 2018 no mês de



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

NOME Astolfo da Cunha



Economizar dinheiro  
deve ser um direito  
por um prefeito 3  
(Bonucci).

EID = M 17-0.

Dr. Nélia Nery da Cunha  
Médica  
CRM 3472

02/04/18

ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL

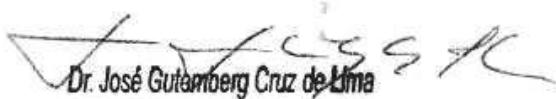




Unidade de Atendimento  
**CAIS JAGUARIBE**  
Centro de Atenção Integral à Saúde  
Av. Alberto de Brito, s/n - Jaguaribe  
Bairro: Jaguaribe  
CEP 58075-320

Mercado das  
feira maior  
meu dia  
fazendas  
sua profissão  
CD 017.0

FR 20/07/2016

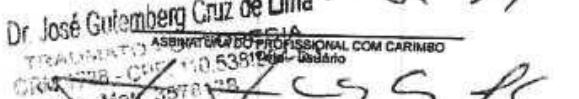
  
**Dr. José Gutemberg Cruz de Lima**  
TRAUMATO - ORTOPÉDIA  
CRM 1738 - CPF: 10.536.856.53  
Matr. 3574179  
ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CARIMBO  
2ª via - unidade de saúde

Melhor sua letra: uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente  
Av. Epitácio Pessoa, 1324 - Torre/João Pessoa-PB - Fone: (83) 3214.7922  
1ª via-usuário 2ª via-unidade de saúde



Unidade de Atendimento  
**CAIS JAGUARIBE**  
Centro de Atenção Integral à Saúde  
Av. Alberto de Brito, s/n - Jaguaribe  
Bairro: Jaguaribe  
CEP 58075-320

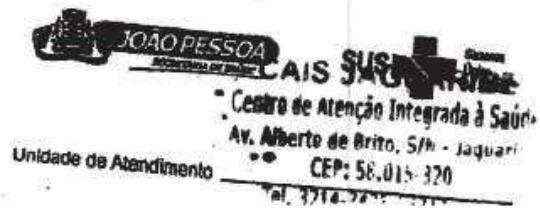
Minha opinião  
sua  
fazendo o que  
paciente parti-  
der e de acordo  
de ambos os  
fatos gravar  
e debruçado  
em casa. A

  
**Dr. José Gutemberg Cruz de Lima**  
ASSINATURA DO PROFISSIONAL COM CARIMBO  
TRAUMATO - CPF: 10.536.856.53  
CRM 1738 - Matr. 3574179  
Melhor sua letra: uma má interpretação pode trazer prejuízos ao paciente  
Av. Epitácio Pessoa, 1324 - Torre/João Pessoa-PB - Fone: (83) 3214.7922  
1ª via-usuário 2ª via-unidade de saúde

  
**COMPREV**  
**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**  
02 ABR. 2019  
**PFSS**







RECEITUÁRIO

07/01/2021 - 10:00 AM  
SPL

14.000,00

ProPlan 100% fax  
8-1-11  
13/12/15

29/05/18 //

Dr. José Guilherme Guedes Júnior  
CRM 1758 - CBO 115 - CRP 33  
TRABALHANDO COM COMPRAÇÃO ASSOCIADA  
Meilleur seu atendimento e sua preparação ao paciente  
Av. Epitácio Pessoa, 1324 - Tambauzinho/Patos-PB - Fone: (83) 3214.7322  
1ª via - número 18  
2ª via - número 19



MIRIAM MARIA DA SILVA 2175013  
DENSITOMETRIA ÓSSEA DA COLUNA E FÉMUR  
DR. BRAULIO CAVALCANTI MELO

CEDRUL CENTRO  
SUS  
18/08/2016

## RESULTADO POR REGIÕES DA DENSITOMETRIA

COLUNA VERTEBRAL:	Normal. (-0,9 DP)
COLO DO FÉMUR:	Normal. (-0,3 DP)
TRIÂNGULO DE WARD:	Massa óssea diminuída. (-1,9 DP)
TROCÂNTER:	Normal. (-0,5 DP)
FÉMUR TOTAL:	Normal. (-0,8 DP)

## OBSERVAÇÕES

### DEFINIÇÃO DE OSTEOPOROSE:

Osteoporose é definida como um estado de redução da massa óssea por unidade de volume com proporções normais de matriz óssea e minerais. Esta condição não é uma entidade nosológica única, e sim um estado patológico que pode resultar de vários distúrbios da homeostase do tecido ósseo.

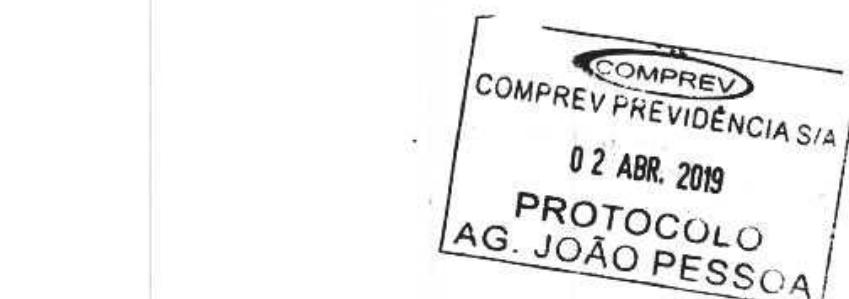
### INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS:

- I. Normal – Densidade óssea acima de -1 desvio padrão (DP) com relação ao adulto jovem\*.
- II. Massa Óssea Diminuída – Densidade mineral óssea entre -1DP e -2,4DP em relação ao adulto jovem. Usa-se o termo osteopenia para descrever a existência deste grau de redução da massa óssea na ausência de sinais e sintomas decorrentes de osteoporose (**Sinônimo: osteopenia**).
- III. Osteoporose – Densidade mineral óssea inferior a -2,4 DP em relação ao adulto jovem.

\* (Pico de massa óssea)

**INTERPRETAÇÃO:** (A) Em relação ao pico de massa óssea (adulto jovem): Ver classificação acima. (B) Em relação aos referenciais para a faixa etária: São normais: colo do fêmur (+0,1 DP), trocânter (-0,6 DP) e fêmur total T. de Ward (-1,2 DP).

Dr. Sertório Dantas Carneiro  
CRM 2178



Este é um exame complementar, e como tal, deverá ser analisado pelo médico assistente para correlação e decisão.  
Pag 1 de 2.

[www.cedrul.com.br](http://www.cedrul.com.br) | [cedrul@cedrul.com.br](mailto:cedrul@cedrul.com.br)

Tambauzinho - Av. Ruy Carneiro, 283 - Fone: (83) 3227.1500 - João Pessoa  
Centro - Av. Camilo de Holanda, 52 - Fone: (83) 3214.5151 - João Pessoa  
Bancários - Rua Sérgio Guerra, 176 - Fone: (83) 3214.5700 - João Pessoa



# Cedrul

CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

MIRIAM MARIA DA SILVA 2175013  
DENSITOMETRIA ÓSSEA DA COLUNA E FÉMUR  
DR. BRAULIO CAVALCANTI MELO

CEDRUL CENTRO  
SUS  
18/08/2016

## RESULTADO POR REGIÕES

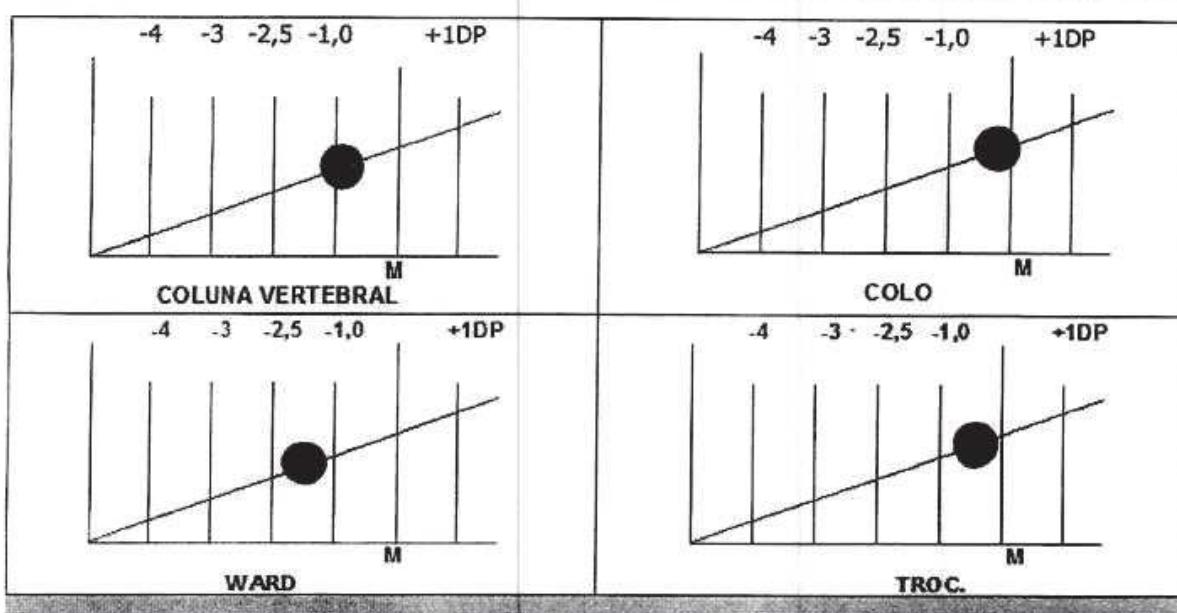
## Adulto Jovem:

## Faixa Etária

COLUNA VERTEBRAL:	109%	111%
COLO DO FÉMUR:	97%	101%
TRIÂNGULO DE WARD:	73%	81%
TROCÂNTER:	93%	92%
FÉMUR TOTAL:	90%	92%

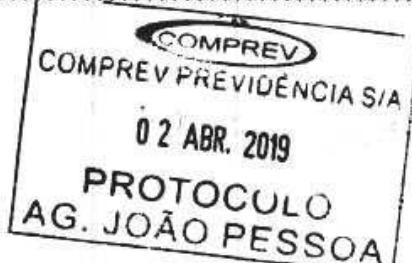
**M = Média**

**DP = Desvio Padrão**



**OBSERVAÇÕES:**\*\*\*\*\*

Dr. Stenio Dantas Carneiro  
CRM 2178



[www.cedrul.com.br](http://www.cedrul.com.br) | [cedrul@cedrul.com.br](mailto:cedrul@cedrul.com.br)

Tambauzinho - Av. Ruy Carneiro, 283 - Fone: (83) 3227.1500 - João Pessoa  
Centro - Av. Camilo de Holanda, 52 - Fone: (83) 3214.5151 - João Pessoa  
Bancários - Rua Sérgio Guerra, 176 - Fone: (83) 3214.5700 - João Pessoa





Central Fraturas

PRONTO SOCORRO CENTRAL DE FRATURAS

C.N.P.J.: 08682890000170

End.: PEDRO II - Bairro: CENTRO - CEP: 58013-000

Cidade: JOÃO PESSOA - Estado: PB - Telefone: 3221-3307

PRONTUARIO: 207174

DADOS PESSOAIS

Prontuário: 207174

FICHA DO PACIENTE

Recep.: NAVILLA

DATA/HORA: 29/09/2015 08:47:02

Nome: MIRIAM MARIA DA SILVA Nasc.: 11/10/1964 - 50 Anos, 11 Meses

Profissão: DO LAR Identidade: 1371705 O.E.: CPF: 69236321453

Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA Pai: MANOEL SEVERINO DA SILVA

Sexo: FEMININO Cor: BRANCA Estado Civil: SOLTEIRO

End.: Q C L 4 Bairro: JARDIM VENEZA

Cidade: JOAO PESSOA Estado: PB Cod. Município: 250750 Fone: 987813608

Convenio: SUS-SECRETARIA MUNIC Médico: MANOEL MARQUES DA NOBREGA

Carteira: Tipo Atend.: SEGUIMENTO Indicação:

Plano: Venc.: 29/09/2015

HISTÓRIA DO CASO:

EXAME OBJETIVO:



DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

lesão tendão extensor do dedo médio  
+ entorse do quadril D/ entorse da cintura  
+ fratura do hálito E.

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO:

re nro da mao + quadril  
aus p/ friso sublo D/ luxo + rx de  
mão D/ ext

TRATAMENTO REALIZADO:

14/09/15 - rx mao + quadril + luxo +  
revisão em fratura + lesão tendão extensor  
do dedo médio D





CentralFraturas

PRONTO SOCORRO CENTRAL DE FRATURAS

C.N.P.J.: 08682890000170

End.: PEDRO II - Bairro: CENTRO - CEP: 58013-000

Cidade: JOÃO PESSOA - Estado: PB - Telefone: 3221-3307

PRONTUARIO: 207174

DADOS PESSOAIS

Prontuário: 207174

FICHA DO PACIENTE

Recep: NAVILLA

DATA/HORA: 29/09/2015 08:47:02

Nome: MIRIAM MARIA DA SILVA Nasc.: 11/10/1964 - 50 Anos, 11 Meses

Profissão: DO LAR Identidade: 1371705 O.E.: CPF: 69236321453

Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA Pai: MANOEL SEVERINO DA SILVA

Sexo: FEMININO Cor: BRANCA Estado Civil: SOLTEIRO

End.: Q C L 4 Bairro: JARDIM VENEZA

Cidade: JOAO PESSOA Estado: PB Cod. Município: 250750 Fone: 987813608

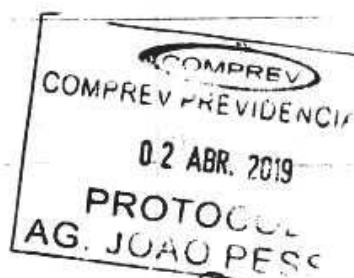
Convenio: SUS-SECRETARIA MUNIC Médico: MANOEL MARQUES DA NOBREGA

Carteira: Tipo Atend.: SEGUIMENTO Indicação:

Plano: Venc.: 29/09/2015

HISTÓRIA DO CASO:

EXAME OBJETIVO:



DIAGNÓSTICO CLÍNICO: lesão tendão extensor do dedo médio  
+ entre os quadris Dextrose subnormais  
+ fratura do húmero.

DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO: lesão tendão extensor + os quadris  
ausculta gástrica subnormal + RX de  
múltiplos ossos

TRATAMENTO REALIZADO:

14/09/15 - Rx de múltiplos ossos + fratura +  
revisão em fratura + lesão tendão extensor  
do húmero.





data 00 2021/7/4

✓ *Muriane Maria da Silva*

Paciente atendida neste serviço  
após atropelamento por uma  
moto (sic) com lesão de tendão et  
tendo 26/53 quebra fratura D + extensão  
no quadril e de fute. O osso  
distilo apresentou também fratura.  
De outra do lado.

*João Pessoa, 28/10/15*

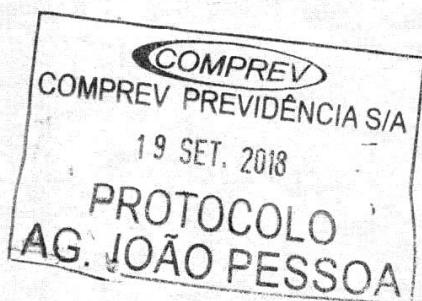
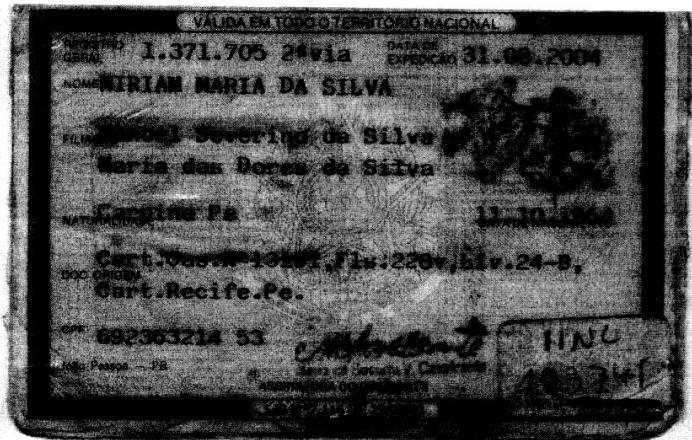
*Flávio*

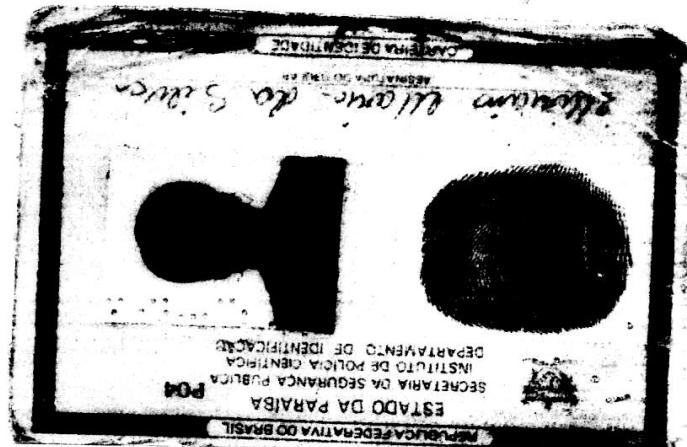
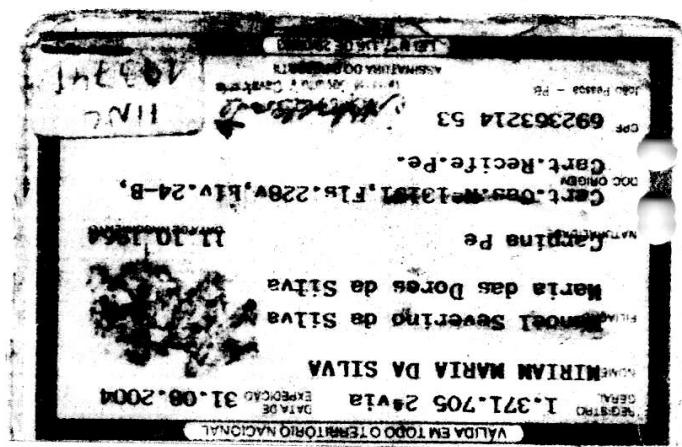
MATRIZ  
Av. Dom Pedro II, 690 - Centro  
Fones: (83) 3221-3307 / 3221-3661

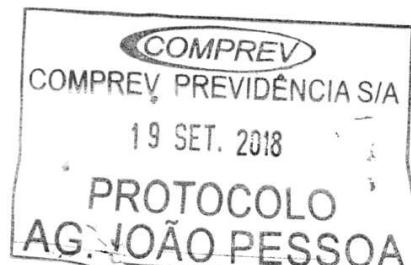
H. Flávio Marques da Nobrega  
CRM: 0689  
Ortopedia e Traumatologia

COMPREV  
02 ABR. 2019  
PROTÓCOLO  
AG. JC 10 PESS.









GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA LEGAL  
GERÊNCIA EXECUTIVA DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL  
GERÊNCIA OPERACIONAL DA CENTRAL DE PERÍCIAS MÉDICA E ODONTOLOGICA LEGAL  
C: 733715 Laudo nº: 03.01.07.112016.010496

LAUDO TRAUMATOLÓGICO  
Sanidade física

Data do exame: 22/11/2016 Hora do exame: 00:00

Órgão Requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos. nº da Solicitação: 388/2016 Autoridade  
Solicitante: Francisco Deusdedit Leitão Filho. Nome: MIRIAM MARIA DA SILVA , 51anos, sexo:  
feminino, Raça/cor: parda, filho(a) de: Manoel Severino da Silva e de: Maria das Dores da Silva ,  
Estado civil: viúvo(a). Nacionalidade: brasileira. Natural de: Carpina/PE. Profissão: autônomo(a).

**HISTÓRICO:** refere que foi vítima de atropelamento no dia 27/09/2015, por volta das 15:40 horas, na  
Avenida Cruz das Armas.

**DESCRIÇÃO:** A examinada apresenta flexo vicioso na falange distal do 5º quirodáctilo direito.  
Movimentos de flexão dos quirodáctilos dentro da normalidade assim como também a força de  
preensão da mão direita.

**QUESITOS:**

- 1) O paciente acha-se curado das ofensas físicas recebidas? SIM.
- 2) No caso negativo, quantos dias mais serão necessário para sua completa cura? PREJUDICADO.
- 3) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? NÃO.
- 4) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 5) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 6) Resultou deformidade permanente? SIM, DISCRETA DEFORMIDADE PERMANENTE POR  
FLEXO VICIOSO DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO.

  
Dr(a). Francisca Divina Silveira de Melo  
Perito Oficial Médico-Legal  
Mat:078.463-0 CRM 3272/PB

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS - DPVAT.**

PELO PRESENTE INSTRUMENTO E NA MELHOR FORMA DE DIREITO, AS PARTES A SEGUIR QUALIFICADAS E ABAIXO ASSINADAS, DE COMUM ACORDO FIRMAM O PRESENTE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS, PARA OS FINS ADIANTE PACTUADOS:

**DAS PARTES:**

**CONTRATANTE(S) E/OU CONSTITUINTE(S): MIRIAM MARIA DA SILVA, BRASILEIRA, VIÚVA, PENSIONISTA, INSCRITA NO CPF SOB O Nº 692.363.214-53, RESIDENTE E DOMICILIADA NA RUA COMERCIANTE JOSÉ JOAQUIM DA SILVA, QD C, LT 4, JARDIM VENEZA, JOÃO PESSOA/PB.**

**DENOMINADO(A)(S) CONSTITUINTE(S).**

CONTRATADA(S) E/OU CONSTITUIDA(S): JUSSARA TAVARES SANTOS SOUSA, BRASILEIRA, SOLTEIRA, ADVOGADA, INSCRITA NA OAB/PB 12.519 E SAYONARA TAVARES SANTOS SOUSA, BRASILEIRA, CASADA, ADVOGADA INSCRITA NA OAB/PB SOB O N.º 10.523, AMBAS COM ESCRITÓRIO NA AV. JOÃO MACHADO, 879, CENTRO, JOÃO PESSOA-PB. CEP 58013-520, DORAVANTE DENOMINADA(S) CONSTITUIDA(S), SOLIDÁRIAS, QUE ATUARÃO NOS ATOS BUSCANDO O CUMPRIMENTO DESTA AVENÇA, EM CONJUNTO OU ISOLADAMENTE.

**FINALIDADE DO CONTRATO E DESEMPENHO DO MANDADO:**

**CLÁUSULA 1º.(A)(S) CONSTITUINTE(S) CONTRATA(M) OS SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS DA(S) CONSTITUÍDA(S) PARA, EM SEU NOME, OU DE PESSOA(S) POR ELE(A)(S) REPRESENTADA(S), AJUÍZE AÇÃO DE COBRANÇA REFERENTE À INDENIZAÇÃO DE SEGURO DPVAT, JUNTO AO JUIZADO ESPECIAL CÍVEL ESTADUAL, OU VARA DA COMARCA NA JUSTIÇA COMUM, FAZENDO USO DE TODOS OS MEIOS NECESSÁRIOS PARA O FIEL CUMPRIMENTO DO MANDADO, ENVINDANDO TODOS OS ESFORÇOS, BUSCANDO A OBTENÇÃO DO QUE FOR REQUERIDO, PLEITO DO(A)(S) CONSTITUINTE(S) E OBJETO DO PRESENTE CONTRATO.**

**DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS:**

**CLÁUSULA 2º.PELA PROPOSITURA DA AÇÃO JUDICIAL, ACOMPANHAMENTO, DEFENDENDO, ASSISTIDO, RECORRENDO, FAZENDO SUSTENTAÇÃO ORAL, OFERECENDO CONTRA-RAZÕES, ENFIM, UTILIZANDO TODOS OS INSTRUMENTOS NECESSÁRIOS PARA OBTENÇÃO DA INDENIZAÇÃO REQUERIDA, O(A)(S) CONSTITUINTE(S) PAGARÁ(ÃO) A(S) CONSTITUÍDA(S) O PERCENTUAL DE 30% (TRINTA POR CENTO), DOS VALORES LÍQUIDOS RECEBIDOS EM RAZÃO DA AÇÃO DE COBRANÇA PROPOSTA.**

**PARÁGRAFO ÚNICO: HAVENDO ACORDO ENTRE O CONTRATANTE E A PARTE CONTRÁRIA, NÃO PREJUDICARÁ O RECEBIMENTO DOS HONORÁRIOS CONTRATADOS.**

**DAS DESPESAS**

**CLÁUSULA 3º.TODAS AS DESPESAS SERÃO PAGAS PELO CONTRATANTE, COM A CONSEQUENTE EXPEDIÇÃO DE RECIBO, DEVIDAMENTE PREPARADO E ASSINADO PELO CONTRATADO.**

**DAS PENALIDADES**

**CLÁUSULA 4º.: AS PARTES ESTABELECEM QUE HAVENDO ATRASO NO PAGAMENTO DOS HONORÁRIOS SERÃO COBRADOS JUROS DE MORA NA PROPORÇÃO DE 1% (UM POR CENTO) AO MÊS, ALÉM DE CORREÇÃO MONETÁRIA.**

**DA RESCISÃO**

**CLÁUSULA 5º.. AGINDO O CONTRATANTE DE FORMA DOLOSA OU CULPOSA EM FACE DO CONTRATADO, RESTARÁ FACULTADO A ESTE, RESCINDIR O CONTRATO, SUBSTABELECENDO SEM RESERVA DE IGUAIS E SE EXONERANDO DE TODAS OBRIGAÇÕES.**

**DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS:**

**CLÁUSULA 6º.AS PARTES DESDE JÁ ELEGEM O FORO DA COMARCA DE JOÃO PESSOA-PB, PARA DIRIMIR QUAISQUER DÚVIDAS ACERCA DO PRESENTE CONTRATO, POR MAIS PRIVILEGIADO QUE SEJA QUALQUER OUTRO. E, POR ESTAREM ASSIM, JUSTOS E CONTRATADOS FIRMAM O PRESENTE INSTRUMENTO EM 02 (DUAS) VIAS DE IGUAL TEOR, ASSINADO PELAS PARTES E DUAS TESTEMUNHAS PARA QUE SURTA OS JURÍDICOS E LEGAIS EFEITOS.**

JOÃO PESSOA-PB, \_\_\_\_ DE \_\_\_\_ DE \_\_\_\_  
CONSTITUINTE(S). *Miriam Maria da Silva* *José Santos Sousa*  
1º TESTEMUNHA. RG. *Suelene Camilo Dias* *12519*  
2º TESTEMUNHA. RG. *2614852* *3.624.535*

AV. JOÃO MACHADO, Nº 879, CENTRO, JOÃO PESSOA/PB. FONE (83) 3222-1098

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

19 SET. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180436261      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MIRIAM MARIA DA SILVA      **Data do acidente:** 27/09/2015      **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 04/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO 5º QUIRODÁCTILO DIREITO COM LESÃO DO EXTENSOR.  
TRAUMA CONTUSO NO QUADRIL ESQUERDO E PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME LAUDO DE IML Nº03.01.07.112016.010496 - QUESITO 6 - SIM.

### 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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
<b>Total</b>			<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 20:12:32  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011820123120900000036705437>  
Número do documento: 21011820123120900000036705437

Num. 38492337 - Pág. 37



## PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”

### **OUTORGANTE:**

Miriam Maria da Silva, brasileira, viúva, inscrita no CRM sob nº 692.365.214-53, nro de insc. de mil. na Rua Conde de São Joaquim da Silva, Qd. C, 67.4, Jardim Veneza, João Pessoa - PB, CEP 58.800-000.

**OUTORGADA(S):** JUSSARA TAVARES SANTOS SOUSA, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PB sob o nº 12.519; SAYONARA TAVARES SANTOS SOUSA, brasileira, casada, Advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 10.523, representantes da Sociedade de Advogados TAVARES ADVOCACIA, inscrita no CNPJ sob o nº. 12.512.735/0001-83, inscrita na Ordem dos Advogados, Secção do Estado da Paraíba, sob o nº 276, no Livro B, no. 03, em 13 de agosto de 2010, conforme certidão SA 99/2010, com escritório situado na Av. João Machado, nº 879, Centro, João Pessoa/PB, CEP 58013-520, onde deverão receber intimações de estilo (art. 105 do CPC), **telefone (83) 3222-1088** são outorgadas neste ato para os seguintes poderes:

**PODERES:** Os da Cláusula “AD JUDICIA ET EXTRA” perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, até decisão final, usando todos os meios e recursos legais em representação do(a) outorgante, também, em qualquer órgão, empresas privadas ou públicas, sociedades de economia mista, etc., conferindo-lhe ainda **poderes específicos para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber valores, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, agindo em conjunto ou separadamente**, podendo ainda, nas excepcionalidades forenses podendo, durante o curso da ação, ou mesmo após quaisquer de suas fases processuais ou procedimentais substabelecer, com ou sem reservas de poderes, sem prejuízo imediato de honorários a que se fizer jus (nos moldes do art. 85 do Código Processual Civil/2015).

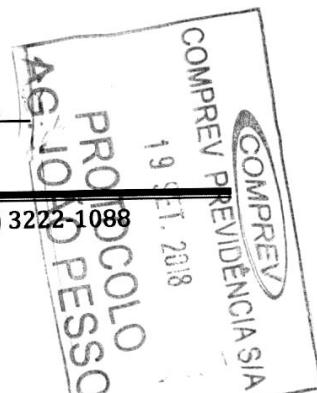
### DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declara, nos termos do art. 98 e 99 da lei nº 13.105/15 (CPC) e lei nº 7.115/83 art. 1, de 29 de agosto de 1983 (dispõe sobre prova documental), para o fim de obtenção do benefício de **JUSTIÇA GRATUITA**, que é necessitado(a) na forma da Lei, cuja situação econômica não lhe permite pagar as custas processuais, sem prejuízo do sustento próprio ou da família. Declara, ainda, ser conhecedor(a) das sanções civis, administrativas e criminais (art. 2º da lei nº 7.115/83), caso o presente documento não porte a veracidade.

João Pessoa, 14 de Setembro de 2018.

Miriam Maria da Silva  
OUTORGANTE

Av. João Machado, nº 879, Centro, João Pessoa/PB. Fone: (83) 3222-1088





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

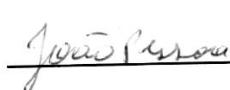
### OUTORGANTE:

Miriam Maria da Silva, brasileira, viúva, inscrita no CRM sob nº 632 366 234-53, residindo na Rua Comercio, nº Joaquim da Silva, Qd. C Lt 4, Jardim Veneza, João Pessoa/ PB, CEP 58 802-000

**OUTORGADA(S):** JUSSARA TAVARES SANTOS SOUSA, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/PB sob o nº 12.519; SAYONARA TAVARES SANTOS SOUSA, brasileira, casada, Advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 10.523, representantes da Sociedade de Advogados TAVARES ADVOCACIA, inscrita no CNPJ sob o nº. 12.512.735/0001-83, inscrita na Ordem dos Advogados, Secção do Estado da Paraíba, sob o nº276, no Livro B, no. 03, em 13 de agosto de 2010, conforme certidão SA 99/2010, com escritório situado na Av. 03, em 13 de agosto de 2010, conforme certidão SA 99/2010, com escritório situado na Av. João Machado, nº 879, Centro, João Pessoa/PB, CEP 58013-520, onde deverão receber intimações de estilo (art. 105 do CPC), **telefone (83) 3222-1088** são outorgadas neste ato para os seguintes poderes:

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

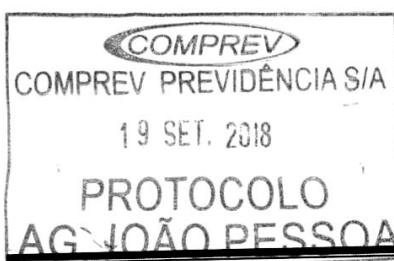
05 JUL. 2018

  
Socorro  
Notariai

João Pessoa, 14 de Setembro de 2018.

Miriam Maria da Silva

OUTORGANTE



Av. João Machado, nº 879, Centro, João Pessoa/PB. Fone: (83) 3222-1088



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0343493/18

**Vítima:** MIRIAM MARIA DA SILVA

**CPF:** 692.363.214-53

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 27/09/2015

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MIRIAM MARIA DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA : 008.131.284-98**

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

**MIRIAM MARIA DA SILVA : 692.363.214-53**

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](http://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: 19/09/2018  
Nome: JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA  
CPF: 008.131.284-98

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/09/2018  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

JUSSARA TAVARES SOUSA SCHILDT COSTA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 20:12:32  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011820123120900000036705437>  
Número do documento: 21011820123120900000036705437

Num. 38492337 - Pág. 40



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 4<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB**

**Processo: 08236613120198152001**

**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 **MIRIAM MARIA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, 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.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 337,50 (trezentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 14 de janeiro de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 20:12:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011820123258700000036705438>  
Número do documento: 21011820123258700000036705438

Num. 38492338 - Pág. 1

**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)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 20:12:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011820123258700000036705438>  
Número do documento: 21011820123258700000036705438

Num. 38492338 - Pág. 2