



04/02/2021

Número: **0842128-58.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/07/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CARLOS ANTONIO DA SILVA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39090230	04/02/2021 12:02	<a href="#">Petição</a>	Petição
39090234	04/02/2021 12:02	<a href="#">2641542_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02</a>	Outros Documentos
39090235	04/02/2021 12:02	<a href="#">2641542_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 18 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190131960

Vítima: CARLOS ANTONIO DA SILVA

Data do Acidente: 09/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS ANTONIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 13957947





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, 12 de Março de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190131960**

**Vítima: CARLOS ANTONIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 09/11/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), CARLOS ANTONIO DA SILVA**

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **CARLOS ANTONIO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000904**

Conta: **0000029151-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

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

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

**É obrigatório Representante Legal para:**

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

03412357413

Nome completo da vítima

Carlos Antonio da Silva

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

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Carlos Antonio da Silva	03412357413	Recuse
Endereço	Número	Complemento
Rua Francisca J. da Conceição	35	
Bairro	Estado	CEP
Alto do Céu - João Pessoa	PB	58027-482
Email		Telefone (DDD)

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

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA NRG	CONTA NRG	AGÊNCIA NRG	CONTA NRG
0904	29151		
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(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 minha agência de conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 15 de Outubro de 2018

Local e Data

Carlos Antonio da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017









**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 01532.01.2018.1.00.420**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01532.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:18 horas do dia 13 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Carlos Antônio da Silva**, CPF nº 034.123.574-13, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Ajudante de Serralheiro, filho(a) de Josefa Maria da Conceição e Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 12/08/1975 (43 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Francisca Maria da Conceição, Nº 35, bairro Mandacaru, tendo como ponto de referência Colégio Violeta Formiga, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98732-6746.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Antônio Silva Neto, Em Frente À Cagepa, João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 09/11/17 15:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que estava na garupa da MOTOCICLETA HONDA/POP 100, VERMELHA, 2011/2012, PLACA OFE7790/PB, CHASSI 9C2HB0210CR417506, registrada em nome de JOSÉ DEONILIO GOMES, conduzida por ISRAEL SOARES DO NASCIMENTO, quando foram atingidos na lateral direita por uma CAMIONETE NÃO IDENTIFICADA; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 15.03.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelos BOMBEIROS; Que o condutor teve ferimentos leves; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

João Pessoa/PB, 13 de agosto de 2018.

FABIANA DE LIMA BEZERRA  
Agente de Investigação

CARLOS ANTÔNIO DA SILVA  
Noticiante



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190131960 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS ANTONIO DA SILVA **Data do acidente:** 09/11/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 26/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





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 Carlos Antonio da Silva CPF da Vítima 03412357413 Data do Acidente 09/11/2017

**REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA**

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

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

**Assinalar uma das opções abaixo:**

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

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

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

João Pessoa 15 de Outubro de 2018

Local e Data

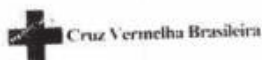
Carlos Antonio da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1040384



<b>Identificação do paciente</b>			
ID 735384	Nome CARLOS ANTONIO DA SILVA	Sexo Masculino	
Data de nascimento 12/08/1975	Idade 42 anos 2 meses 28 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA
Mãe JOSEFA MARIA DA CONCEICAO		Prontuário	
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO		Pai NAO DECLARADO	
Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)		DDD Fixo	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 87326746	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2839087	Nº Cns 898002276237033	
Local de procedência JAGUARIBE	Naturalidade JOAO PESSOA	Tipo BAIRRO	UF PB
Email	CBO/R		
<b>Endereço</b>			
CEP 58027847	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro São Bernardo
Número 26	Complemento	Bairro Alto do Céu	
<b>Admissão</b>			
Data e Hora 09/11/2017 15:41:01	Número da pulseira 1000006289446	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO	
<b>Indicadores e Transporte</b>			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		
<b>Sinais Vitais</b>			
PA X mmHg	Pulso	Temperatura	
<b>Exames complementares</b>			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
			Liquor []
			ECG []
			Ultrasonografia []
Dados clínicos <i>Teste vítima acidentado moto trabalha exposta UFE, orientado</i>			
Diagnóstico			CID
Atendido por ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA			Tempo 01min 15seg

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

14 FEV. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Isabel J. Santiago de Souza  
Enfermeiro  
COREN-PB 500757

09/11/2017 15



# 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: 01/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: CARLOS ANTONIO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000029151-6

---

---

Nr. da Autenticação F4E84741BA50FF3A





**ROSILENE DA CONCEIÇÃO SILVA**  
RUA FRANCISCA MARIA DA CONCEIÇÃO, 38 - ALTO DO DEU  
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58027-482 (AG. 1)  
Emissão: 09/08/2018 Referência: Ago/2018  
Classe/Subclasse: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFÁSICO B230, Km25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-690  
Ratave: 3-1-228-1170 Nº medidor: 0000221308



ENERGISA PARÁIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ: 08.095.123/0001-40 Insc. Est. 16.015.023-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 000.016.132  
Cód. para Dab. Automática: 00002215762

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2018	09/08/2018	06/09/2018	656.897.740-3 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/221576-2

#### Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
10/07/18	10111	09/08/18	10133	30

Demonstrativo		Quantidade	Tarifa	Valor	Base Calc.	Aliq.	Tomo (R\$)	Base Calc.	Por (R\$)	Coloca (R\$)
		Tributos (R\$)		ICMS (R\$)	ICMS	PIS/COFINS (R\$)		(1,045%) (4,9555%)		
0601	Consumo até 30kWh-BR	30,000	0,180480	5,41	0,00	0	0,00	5,41	0,08	0,27
0601	Adic. B. Vermelha			0,55	0,00	0	0,00	0,55	0,00	0,02
0610	Subsídio			11,42	0,00	0	0,00	11,42	6,12	0,57
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS										
0909	DEBITO COMPENSADO 07/2018			0,85	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0906	Devolução Subsídio			-10,73	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CC: Código de Classificação do Item TOTAL 13,30 0,00 0,00 17,26 0,19 0,88

Média últimos meses (kWh) 57 **VENCIMENTO 16/08/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 13,30**

Histórico de Consumo (kWh)

102	7	0	17	52	77	75	73	84	82	84	24
Ago/17	Set/17	Out/17	Nov/17	Dez/17	Jan/18	Fev/18	Mar/18	Abr/18	Mai/18	Jun/18	Jul/18

2bb7.b5ca.9533.eb06.71e6.dd59.b9f8.8988.

#### Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIC MENSAL	9,77	0,00	NOMINAL 220
DIC TRIMESTRAL	10,15		
DIC ANUAL	23,30		
PI MENSAL	3,23	0,00	CONTRATADA 102
PI TRIMESTRAL	3,47		LIMITE INFERIOR 231
PI ANUAL	12,95		
CMC	2,86	0,00	
CMC	12,22		

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energisa/PS	1,06	14,88
Compra de Energia	2,92	41,20
Serviço de Transmissão	0,52	7,06
Encargos de Operação	1,54	20,75
Impostos, Oribas e Encargos	8,65	90,00
Outros Serviços		
<b>Total</b>	<b>13,30</b>	<b>100,00</b>

Valor do EUD (Ref 6/2018) R\$ 6,20

#### ATENÇÃO

Existem débitos anteriores ao 09/08/2018 na História:  
AVISO: Permanecerá em atraso os "DÉBITOS ANTERIORES", a reavaliados, a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até o decurso do prazo de 30 (trinta) dias, contado da data de vencimento da fatura vencida e não paga.  
- Sua unidade foi faturada como Barra Renda, tendo um desconto de R\$ 10,72.  
- Letura confirmada

#### Faturas em atraso

Jun/18	25,23
Mai/18	37,67
Abr/18	39,86
Mar/18	32,73
Fev/18	36,14
Jan/18	38,75
Dez/17	44,38
Nov/17	8,28



Emprego eletrônico

**JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA**  
 RUA ADOLFO F. JOSE COSTA QUARTE, 157 / SALA DE MANGABERA  
 JOAO PESSOA / PB CEP 58056794 (A3-1)

Emprego 22/05/2018 Referência Mai / 2018  
 Classe: SUIC:1 COMERCIAL / COMERCIAL MONOFASICO B-22C V-25 - Cota Regular - João Pessoa - PB - CEP 58071-420  
 Rotam: 12-9-292-490 Nº medidor 5005897535

ENERGISA PARLUA - DISTRIBUIÇÃO DE ENERGIA S/A  
 B-22C V-25 - Cota Regular - João Pessoa - PB - CEP 58071-420  
 CNPJ 08.058.153/0004-45, Ins. Reg. 18.015.802-0

Nota Fiscal: Cota de Energia Elétrica 17/05/2018  
 Cof. em Dis. Automática 0001892187

Mai / 2018 22/05/2018 21/08/2018 1094222445  
 UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Base o aplicativo Energisa On em qualquer smartphone ou tablet.  
 Você terá acesso à sua conta e a sua conta, mudança de titularidade,  
 informações sobre taxa de energia e diversos outros serviços.  
 Tudo sem precisar sair de casa. Experimente e aproveite estas  
 facilidades.

PR CR

Data	Leitura	Data	Leitura			
22/05/18	1327	22/05/18	2048	1	321	33

CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Imposto	Valor Base	Imposto	Valor Base	Imposto	Valor Base	Imposto	Valor Base	Imposto
0001	Consumo egi W/h	271,000	0,591470	152,81	152,81	25	28,30	122,51	0,94	4,35			
0801	Adic. B. Alameda	2,72	2,12	25	0,69	2,12	0,01	0,01	0,01	0,01			
0907	CONTRIB SERV LUM PUBLICA	9,33	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00			

COMPREV SEGUROS E PRE  
 14/02/2018  
 PROTOCOLO  
 AG. JOAO PESSOA





**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO**  
**CIRCULAR SUSEP 445/12**

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

**INFORMAÇÕES 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/BIBLIOTECABWEB/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Alexandra Lusa Duarte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.502.794-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Carlos Antonio da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.123.574-13, do sinistro de DPVAT cobertura invalides da Vítima Carlos Antonio da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 034.123.574-13, 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>Agente fiscal José G. Duarte</u>		<u>157</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Planaltina</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58038-384</u>
Email	Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)
	<u>99105-5363</u>		<u>98663-4900</u>

João Pessoa 04 de outubro de 2018

Local e Data

Alexandra Lusa Duarte  
Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Deonilo Gomes,  
RG nº 395.148, data de expedição 14/08/14,  
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 142.079.824-32 com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. São Tadeu, nº 101,

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 Carlos Antonio da Silva cujo o condutor era  
Israel Soares do Nascimento

Veículo: motocicleta  
Modelo: Honda POP 100  
Ano: 2013/2012  
Placa: 0FE7790/PB  
Chassi: 9C24B0210ER437506  
Data do Acidente: 09/11/17  
Local e Data: João Pessoa 15/08/18

Jose Deonilo Gomes Declarante  
Assinatura do Declarante 10º Ofício

Israel Soares do Nascimento  
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

**Decarlinto**  
Sistema Nacional de Identificação e Autenticação

Rua Ferreira Lima, 100 - Centro, CEP: 50.000-000 - João Pessoa, PB  
Fone: (33) 3218-8800  
www.decarlinto.com.br

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fim(es) de:  
JOSE DEONILIO GOMES  
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 15/08/2018  
Odilon Barbosa de Oliveira - Escrevente  
[2018-062762]EMUL:R\$ 19,48 FAPEN:R\$ 0,28 FESQ:R\$ 0,00 ISS:R\$ 0,00  
SELO DIGITAL: AHI09621-KVJ5  
Confira a autenticidade em: <https://selodigital.com.br>







GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA



## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	CARLOS ANTONIO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	12/08/75
NOME DA MÃE	JOSEFA MARIA DA CONCEIÇÃO

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.040.384
DATA DO ATENDIMENTO	09/11/17
HORA DO ATENDIMENTO	15:41
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA EXPOSTA NA PERNA DIREITA.
CID 10	S82.2

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, ferimento em perna direita, nega perda da consciência, Torax e abdômen sem queixas. Presença de fratura exposta em perna direita. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de perna direita

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura em perna direita

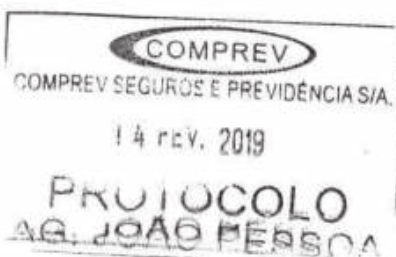
### TRATAMENTO:

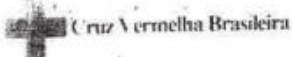
Atendimento inicial. Encaminhado para o Ortopedia de Mangabeira, conforme pactuação.

ALTA HOSPITALAR:	09/11/17
DATA DA EMISSÃO:	15/03/18

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
CARLOS ANTONIO DA SILVA	1040384	09/11/2017 15:41:01	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
12/08/1975	42	Masculino	898002276237033
Mãe			Telefone de Contato
JOSEFA MARIA DA CONCEICAO			(83) 87326746
Endereço	Bairro	Município	UF
São Bernardo, 26	Alto do Céu	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	LEONALDO TORRES DINIZ	10647/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
09/11/2017 15:41:01		09/11/2017 15:57:53	
Convênio	Nº Matrícula		Senha
SUS			

## Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU EM PRANCHA RÍGIDA E COM COLAR CERVICAL RELATANDO HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COLISÃO MOTO - CARRO, HÁ 30 MINUTOS. QUEIXA-SE DE DOR E FERIMENTO EM PERNA DIREITA. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, CERVICALGIA, DOR TORÁCICA E ABDOMINAL. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E PATOLOGIAS PRÉVIAS. NÃO SE RECORDA DE HISTÓRICO VACINAL PARA TÊTANO. CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. PRESENÇA DE FRATURA EXPOSTA EM PERNA DIREITA; TÓRAX COM EXPANSIBILIDADE SIMÉTRICA; ABDOME FLÁCIDO E INDOLOR À PALPAÇÃO; MOBILIDADE DE MEMBROS SUPERIORES E PERNA ESQUERDA PRESERVADA. CONDUTA: 1 - SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA E CIRURGIA VASCULAR; 2 - SOLICITO RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA; 3 - PRESCREVO SRL, DÍPIRONA, CETOPROFENO, TRAMADOL, TETANO GAMMA E CEFALOTINA; 4 - LIBERADO DA CIRURGIA GERAL.

## MEDICAÇÃO

DÍPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 10 ML DE AD)

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 10 ML DE AD)

TRAMADOL 50MG/ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR EM 100 ML DE SORO FISIOLÓGICO)

TETANO GAMMA, ADMINISTRAR 250,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MG/TS)

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., AGORA

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., CONTINUA, 0,0 (MG/TS)

## CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

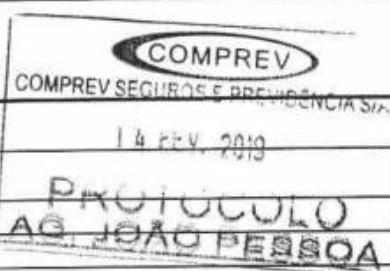
SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA VASCULAR

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado



## Conduta



Em observação

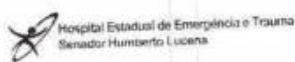
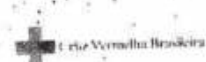
CARLOS ANTONIO DA SILVA

LEONALDO TORRES DINIZ  
(CRM: 10647/PB)

Boletim registrado por: ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA em 09/11/2017 15:42:16







CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA  
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031090  
Tel: 32165700  
CNS: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
CARLOS ANTONIO DA SILVA	1040364	09/11/2017 15:41:01	2017-11-09 17:53:24.0
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
12/08/1975	42	Masculino	(83) 87325746
Mãe			Prontuário
JOSEFA MARIA DA CONCEICAO			
Endereço	Bairro	Município	UF
São Bernardo, 26	Alto do Céu	JOÃO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA	5221/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
09/11/2017 15:41:01		09/11/2017 17:53:45	
Convênio	Nº Matrícula		Senha
SUS			

### Anamnese

PACIENTE VITIMA DE TRAUMA ISOLADO NA PERNA DIREITA, APRESENTANDO FERIMENTO NA FACE ANTERIOR DO SEGMENTO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA. AVALIADO E LIBERADO PELA CIRURGIA GERAL E CIRURGIA VASCULAR. SUBMETIDO A RADIOGRAFIA (SEGUE CÓPIA), ANALGESIA PARENTERAL E CEFALOTINA 1,0 GRAMA EV. NÃO FOI SUBMETIDO A PROFLAXIA ANTITÉTICA POR FALTA NESSE HOSPITAL. FEITO CURATIVO E IMOBILIZAÇÃO E ENCAMINHADO, CONFORME PACTUAÇÃO, PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO NO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA.

### Conduta

Alta médica

### Alta Hospitalar

Usuário  
ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA  
Data e Hora  
09/11/2017 17:53:24

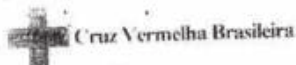
Observações  
PACIENTE VITIMA DE TRAUMA ISOLADO NA PERNA DIREITA, APRESENTANDO FERIMENTO NA FACE ANTERIOR DO SEGMENTO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA. AVALIADO E LIBERADO PELA CIRURGIA GERAL E CIRURGIA VASCULAR. SUBMETIDO A RADIOGRAFIA (SEGUE CÓPIA), ANALGESIA PARENTERAL E CEFALOTINA 1,0 GRAMA EV. NÃO FOI SUBMETIDO A PROFLAXIA ANTITÉTICA POR FALTA NESSE HOSPITAL. FEITO CURATIVO E IMOBILIZAÇÃO E ENCAMINHADO, CONFORME PACTUAÇÃO, PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO NO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA.

CARLOS ANTONIO DA SILVA

ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA  
(5221/PB)

Boletim registrado por: ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA em 09/11/2017 15:42:16





Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
CARLOS ANTONIO DA SILVA	1040384	09/11/2017 15:41:01	
Data de nascimento	Idade	Sexo	CNS
12/08/1975	42	Masculino	898002276237033
Mãe			Telefone de Contato
JOSEFA MARIA DA CONCEICAO			(83) 87326746
Endereço	Bairro	Município	UF
São Bernardo, 26	Alto do Céu	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
VEICULO X MOTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA	MARCOS BARBOSA DE SOUZA JUNIOR	6926/PB
Data/Hora Classificação		Data/Hora Prescrição	
09/11/2017 15:41:01		09/11/2017 17:40:41	
Convênio	Nº Matricula		Senha
SUS			

### Anamnese

PA CIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTO X CARRO COM QUADRO DE FRATURA EXPOSTA EM PERNA DIREIRA, AO EXAME: ESTAVEL  
HEMODINAMICAMENTE MID: EXPOSIÇÃO OSSEA +AUSENCIA DE SANGRAMENTO ATIVO +PULSOS DISTAIS PRESENTES CD: ALTA DA VASCULAR

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

### Conduta

Em observação

CARLOS ANTONIO DA SILVA

MARCOS BARBOSA DE SOUZA JUNIOR  
(: 6926/PB)

Boletim registrado por: ALYSSON JOSE LIMA DA SILVA em 09/11/2017 15:42:16







Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 04/02/2021 12:02:39


<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020412023893900000037263222>

Número do documento: 21020412023893900000037263222

Num. 39090234 - Pág. 19

**GOVERNO DA PARAIBA**


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


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

**Receituário**

Paciente: CARLOS ANTONIO DA SILVA Idade: 42  
Data: 09/11/2017 17:52:39 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1040384

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA ISOLADO NA PERNA DIREITA, APRESENTANDO FERIMENTO NA FACE ANTERIOR DO SEGMENTO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA, AVALIADO E LIBERADO PELA CIRURGIA GERAL E CIRURGIA VASCULAR, SUBMETIDO À RADIOGRAFIA (SEGUE CÓPIA), ANALGESIA PARENTERAL E CEFALOTINA 1,0 GRAMA EV. NÃO FOI SUBMETIDO À PROFILAXIA ANTITÉTANICA POR FALTA NESSE HOSPITAL. FEITO CURATIVO E IMOBILIZAÇÃO E ENCAMINHADO, CONFORME PACTUAÇÃO, PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO NO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA.

  
14 FEV. 2019  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

  
Dr. ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA  
5221/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

**GOVERNO DA PARAIBA**


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

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

**Receituário**

Paciente: CARLOS ANTONIO DA SILVA Idade: 42  
Data: 09/11/2017 17:52:39 Sexo: Masculino CPF: Não Informado BAE: 1040384

PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA ISOLADO NA PERNA DIREITA, APRESENTANDO FERIMENTO NA FACE ANTERIOR DO SEGMENTO COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA, AVALIADO E LIBERADO PELA CIRURGIA GERAL E CIRURGIA VASCULAR, SUBMETIDO À RADIOGRAFIA (SEGUE CÓPIA), ANALGESIA PARENTERAL E CEFALOTINA 1,0 GRAMA EV. NÃO FOI SUBMETIDO À PROFILAXIA ANTITÉTANICA POR FALTA NESSE HOSPITAL. FEITO CURATIVO E IMOBILIZAÇÃO E ENCAMINHADO, CONFORME PACTUAÇÃO, PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO NO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA.

  
Dr. ALBERTO RODRIGUES DE OLIVEIRA  
5221/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena  
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data: 09/11/17 15:57  
Usuário: LEONALDO  
Boletim 1040384



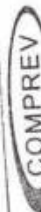
Nome	Carlos Antonio da Silva	Data de Nascimento	12/08/1975	Idade	42	Sexo	MASCULINO	Nº	1040384	Nº Prontuário	09/11/2017 15:57:53
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito										
Convenio	Matrícula										
SUS	Senha										

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aparazamento
1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	1.0	ML	Observação: DILUIR EM 10 ML DE AD	E.V.		AGORA	
2 CETOPIROFENO 100 MG	100.0	MG	Observação: DILUIR EM 10 ML DE AD	E.V.		AGORA	
3 TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	2.0	ML	Observação: DILUIR EM 100 ML DE SORO FISIOLÓGICO	E.V.		AGORA	
4 TETANOGAMMA	150.0	UI		INTRAMUSCUL AR		AGORA	
5 CEFALOTINA 1G	1000.0	MG		E.V.		AGORA	
6 SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO)	1000.0	ML		E.V.		CONTINUA	
7 PARECER ORTO	0.0						
8 SOLICITAÇÃO DE PARECER CIRURGIA VASCULAR	0.0						

09 de Novembro de 2017

LEONALDO TORRES DINIZ  
CRM: 10647

Assinatura e Carimbo do Profissional



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

14 FEV. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



## CERTIDÃO

Nº. 0106/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 76752 e Prontuário nº 2017.11.001361 pertencentes a **CARLOS ANTONIO DA SILVA** dia 26/08/2018 às 02H01min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em perna esquerda.

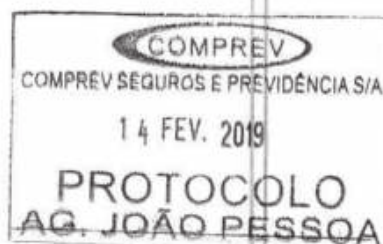
Submetido avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura dos ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 09/11/2017, 23/11/2017, 30/11/2017, 26/01/2018, 06/02/2018, 19/03/2018 com alta médica dia 09/04/2018.

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

João Pessoa, 04 de fevereiro de 2019

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

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

Ficha Nr: 76752

Atd: Nao Reg

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

Data: 09/11/2017

AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

Hora: 19:01:44

384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER

FAX: ( ) - CNPJ:

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: CARLOS ANTONIO DA SILVA

Num. Prontuario: 2017.11.001361

CNS: 704803051210145 Sexo: M IDENTIDADE: 2839087 Fone: 988943652

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 12/08/1975 Id: 42 ano(s)

End.: RUA SAC BERNARDO, 26

Bairro: ALTO DO CEU Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: JOSEFA MARIA DA CONCEICAO

Pai:

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupacao: SERRALHEIRO SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

ESPOSA.

Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL DO TRAUMA

Meio utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO C/ CARRO AS 16HRS \*CONDUTOR MOTO\*

Vitima de violencia por: EM JAGUARIBE PX. A CAGEPA

Case Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA:

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

FC:

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

Peso:

☐ Hemorragia ☐ Dispneia

Altura:

☐ Diarreia ☐ Agitado

IMC:

☐ Regular ☐ Chocado

Q25:

☐ Vomito

Observacao

Queixa Principal

EXPOSURA DE PERNA DIREITA

Fratura exposta do fêmur e comêdo do  
fêmur. Exame físico - lesão do atendimento médico  
Fratura distal do pé.

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horário da medicação

o: Intercep  
Unipol do unipol

Dr. Felipe Almeida Botter  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 10.583  
TEOT - 14.193





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome:	Aureas Antonio do Silva			Data da Admissão:	09/11/12
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:		
Nome da Mãe:					
Endereço:	Bairro:				
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:		
Sexo: F ( ) M ( )	Cor:	Estado Civil:	Religião:		
Escolaridade:	Data de Nascimento			/ /	
QPD:	Ex Expose tipo hp sh.				
DA:	paciente c/ tipo de acidente com modo hp sh.				
	com Ex Expose tipo hp sh.				
	Nenhum tratamento específico				
Medicações em uso:	AO BLOW específico				
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>					
<b>Geral:</b> [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso ____ Kg em ____ [ ]Prurido [ ]Sudorese [ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros: _____					
ele:					
<b>Cabeça e Pescoço:</b> [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe [ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: ____ Visão: ____					
<b>AR e ACV:</b> [ ]Dor ____ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise [ ]Dispneia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema ____ Outros: ____					
<b>ABD:</b> [ ]Dor ____ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas [ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume					
<b>AGU:</b> [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria [ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: ____					
<b>SME:</b> [ ]Dor ____ [ ]Rigidez pós-reposou [ ]Deformidades [ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos					
<b>SN e PSQ:</b> [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade [ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor					

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

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

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:		Carlos Augusto		Registro:			
Idade:	Sexo:	M	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:	
Data:	09/11/17	Cirurgião:		Dr. Paulo		1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:			
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:		I:	T:
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>						<b>CID</b>	
Ex Exatidão dos dados pessoais							
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>						<b>CID</b>	
O tumor						<div style="text-align: center;"> <p>COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 14 FEV. 2019 <b>PROTOCOLO</b> <b>AG. JOAO PESSOA</b></p> </div>	
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>						<b>CÓDIGO</b>	
Linf + osteomielite							
Acidente durante Ato Cirúrgico				1 ( ) Sim		Descreva: 	
				2 ( ) Não			
Biópsia de Congelação:				1 ( ) Sim			
						2 ( ) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:							
1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico							

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





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Paulo Antonio Felix</i>				Registro:	
Idade: <i>42a</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>M</i>	Clinica: <i>2</i>	EMP:	LR:
Data: <i>30/11/18</i>	Cirurgião: <i>A. Rodolfo Lencin</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <i>A. Cloris</i>		Tipo Anestesia: <i>RA</i>		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Furúnculo infectado</i>					
<i>perna D.</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Abscissão e curetagem</i>					
<i>p. de perna</i>					
<div style="text-align: center;"><b>COMPREV</b> COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 14 FEV. 2019 <b>PROTOCOLO</b> <b>JOÃO PESSOA</b></div>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( ) Sim 2 ( ) Não			
Biópsia de Congelação:		1 ( ) Sim 2 ( ) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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







## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Carlos Roberto da Silva</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>06/02/18</u>	Cirurgião: <u>Paulo</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <u>Souza</u>	Tipo Anestesia: <u>Local</u>		Horário: I:		T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Substância do Sítio Cirúrgico</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>Substância do Sítio Cirúrgico</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Substância do Sítio Cirúrgico</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 ( ) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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







## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: CARLOS ANTONIO DA SILVA				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: 19/03/18	Cirurgião: Dr. JANSEN			1º Assistente: TULIO S3	
2º Assistente: LEONARDO A3		3º Assistente: YUNIR A1		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
- OMC e TIBIA D					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
- PSEUDOTUMOR em TIBIA (D)					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
- LIMPIZA					
- OMS					
- COLETA DE MATERIAL P/ CULTURA					
- FEITO FIXADOR EXTERNO					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( ) Sim 2 (X) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 ( ) Sim 2 (X) Não		14 FEV. 2019	
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:					
1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: CARLOS ANTONIO DA SILVA		Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:
Data: 19/03/18		Cirurgião: Dr. Jansen	1º Assistente: TULIO S. S.
2º Assistente: LEONARDO A. Z.		3º Assistente: YUNIR A.	Instrumentador:
Anestesista:	Tipo Anestesia:		Horário: I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO			CID
- OMC e TIBIA D			
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO			CID
- PSEUDOTUMOR em TIBIA (D)			
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)			CÓDIGO
- LIMPEZA			
- RM S			
- COLETA DE MATERIAL P/ CULTURA			
- FEITO FIXAR EXTERNO			
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( ) Sim 2 (X) Não	Descreva:
Biópsia de Congelação:		1 ( ) Sim 2 (X) Não	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:			
1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

[illegible]

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







## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

*Prep. e anest. g.  
do membro superior*

Incisão:

*Realizada desbridamento  
cirúrgico e limpeza*

Achados:

*colúmbio e  
fenda específica*

Conduta:

*Fenda "pronta" para  
"rodar" retalho.*

Fechamento:

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

14 FEV. 2019

PROTOCOLO  
AB. JOÃO PESSOA

OBS:

Data: 30/11/11

*Dr. Roberto A. Santos  
Especialista em Traumatologia  
R. Costa PB 4550*  
**(MÉDICO/CRM)**

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



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Carlos Antônio Sales			Registro:		
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: CETO	EMP:	LR:
Data: 02/11/14	Cirurgião: Dr. Hilton Veloso		1º Assistente: Dr. Marcelo P.		
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: Dr. Marina	Tipo Anestesia: Local		Horário: I:		T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
Furúnculo recorrente em anel do penis com Pseudo infectado					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
Inc + Amputação.					
Acidente durante Ato Cirúrgico			Descreva:		
1 ( ) Sim 2 ( ) Não					
Biópsia de Congelação:					
1 ( ) Sim 2 ( ) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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











# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Posição sobre D.O.  
Assepsia + Antissepsia  
Sua pele  
Preparação de campo estéril

Incisão:

Debridamento de F.O.  
Ampliação sobre região recu-  
rada (ver foto)

Achados:

Exposição dos ossos pernales

Conduta:

MT com S.O. 9/10h.  
Redução + aplicação de placa  
4,5 DE P 12,6 centímetros quadrados  
e 6 costuras.  
Sutura sob plano anatômico  
Rx controle  
imediata.

Fechamento:

OBS:

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.  
14 FEV. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

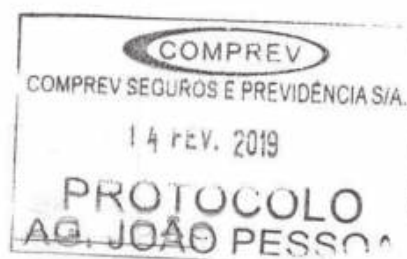
Data:

09/11/17

MÉDICO/CRM

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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME  
ALEXANDRA CESAR DUARTE

SOC. ECONOMIC. / OUT. EMBOSQUE Nº  
2627718 SSP PR

CPE  
046.502.754-74 DATA NASCIMENTO  
21/08/1982

FEIÇÃO  
ALEXANDRE DE ARAUJO  
DUARTE  
MARCIA CESAR DUARTE

PERMISSAO ACC CENHA  
B D

Nº IDENTIFICAD. VALIDEZ 1ª HABILITACAO  
01851269660 16/01/2019 29/06/2001

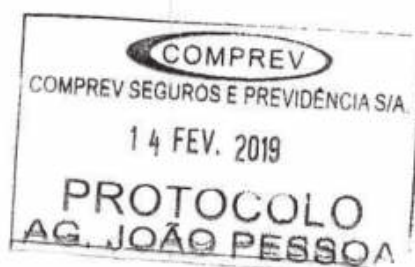
VALIDA EM TODOS  
OS TERRITORIOS NACIONAIS  
894056231

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL  
JOAO PESSOA, PR DATA EMISSAO  
17/01/2014

ASSINATURA DO EMISOR 66588356744  
VB027919595

894056231





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190131960 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARLOS ANTONIO DA SILVA **Data do acidente:** 09/11/2017 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

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

**Data da análise:** 26/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

Carlos Antonio da Silva  
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão serviçalheiro,  
Ci RG nº 2.839.087, CPF/MF nº 034.123.574-13, residente e domiciliado(a) à Rua R. Francisca Maria da Conceição, 35 Alto do  
Cidade, de João Pessoa, Estado Paraíba, CEP: 58027-482, telefone 99105-5363, 98663-4900.

OUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74 e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

João Pessoa, 07 de agosto de 2018.

Carlos Antonio da Silva

OUTORGANTE

**Decarlinto**  
Serviço Notarial - 1ª Ofício de Notário  
Centro com a gente

Rua Fernando Luis Henrique dos Santos, 76 - Jardim Oceário  
João Pessoa - PB - CEP: 58071-050 - Fone: (81) 328-0000  
www.decarlinto.com.br - @decarlinto  
Titular: Sergio Albuquerque

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de...  
CARLOS ANTONIO DA SILVA  
Em test. da verdade, João Pessoa-PB 07/08/2018 11:34:04  
Debora Ferreira Vieira de Sena - Escrevente  
T2018-059959JENOL:R\$ 19,40 FARPEN:R\$ 0,20 FEPJ:R\$ 1,90, ISS:R\$ 0,00  
SELO DIGITAL: AHH22777-93X0  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



COMPREV  
INAPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A

14 FEV. 2019

PROTOCOLO  
JOÃO PESSOA



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0056212/19

**Vítima:** CARLOS ANTONIO DA SILVA

**CPF:** 034.123.574-13

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

**Data do acidente:** 09/11/2017

**Titular do CPF:** CARLOS ANTONIO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

#### CARLOS ANTONIO DA SILVA : 034.123.574-13

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: 14/02/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/02/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA







EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

**Processo: 08421285820198152001**

**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 **CARLOS ANTONIO 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.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

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

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

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



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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 2 de fevereiro de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

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

