



Número: **0840001-50.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **18/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
PAULO PEREIRA DE LIMA (AUTOR)	JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
44604 800	16/06/2021 14:26	<u>Petição</u>	Petição
44604 805	16/06/2021 14:26	<u>2642112_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
44604 809	16/06/2021 14:26	<u>2642112_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/06/2021 14:26:28
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061614262728900000042402679>
Número do documento: 21061614262728900000042402679

Num. 44604800 - Pág. 1



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

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190286095 Vítima: PAULO PEREIRA DE LIMA

Data do Acidente: 27/01/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO PEREIRA DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 14219358



B32a 00611/000612 - carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/06/2021 14:26:29
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061614262844800000042402684>
Número do documento: 21061614262844800000042402684

Num. 44604805 Pág. 1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

047.313.864-62 Paulo Pereira de Lima

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF: 047.313.864-62

Número: 08

Complemento:

CEP: 58337-000

Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1914

CONTA: 97367

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: João Pessoa - PB 15/01/19
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
2º | Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

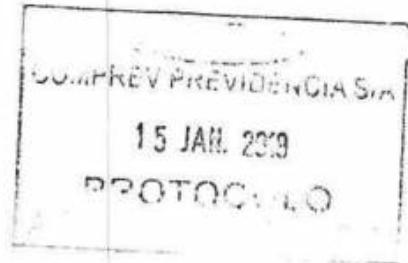
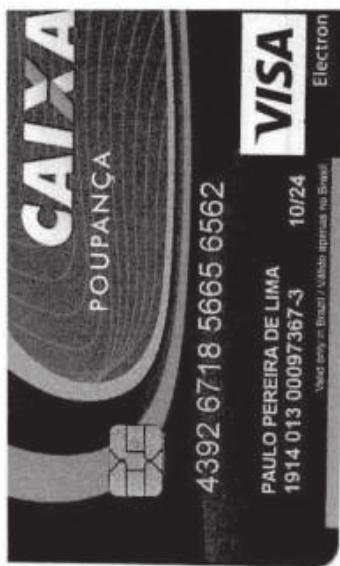
15 JAN 2013

PROTÓCULO

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

047.313.864-62 Paulo Pereira de Lima

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

Nome completo:

Paulo Pereira de Lima
Professor

Endereço:

Rua Profetada

CPF: 047.313.864-62

Número: 08 Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

Brazil do Espírito Santo

Estado:

PB

CEP: 58337-000

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDIMENTO MENSAL:

RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1914

CONTA: 97367

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____

Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não

Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: João Pessoa - PB 15/01/19
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
2º | Nome: _____
CPF: _____

(* Assinatura de quem assina A RODO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

15 JAN 2019

PROTOCOLO

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	047.313.864-62	Paulo Pereira de Lima		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:	CPF:	Número:	Complemento:	
Profissão:	Endereço:	CEP:		
Bairro:	Cidade:	Estado:	Tel.(DDD):	
E-mail:				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

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

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

<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"/> Itaú (341)	Name do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 1914 CONTA: 97367 3	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente
CPF:	<input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:		
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (var nascer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

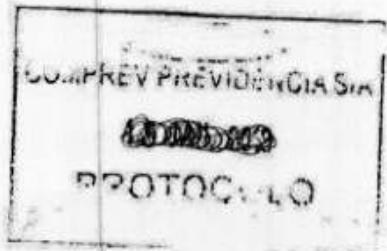
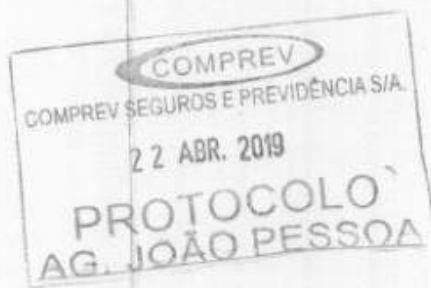
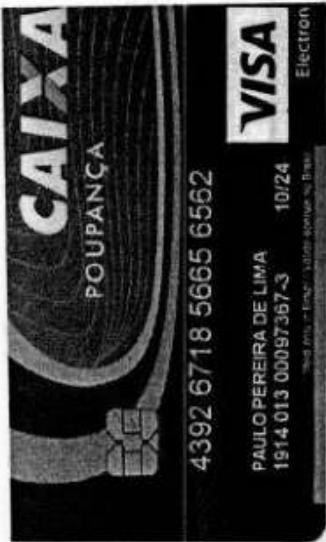
Local e Data: Local e Data: Nome: CPF: Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Assinatura do Representante Legal (se houver): Assinatura do Procurador (se houver):	TESTEMUNHAS 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura Assinatura 2º Nome: _____ CPF: _____
--	---

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

EPS.001 V001/2018







PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima	
	047.313.864-62	Paulo Pereira de Lima	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	CPF:	047.313.864-62	Número:
Profissão:	Endereço:	08	Complemento:
Barco:	Cidade:	Braz do Espírito Santo	Estado: PB
E-mail:	CEP:	58337-000	Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1914 CONTA: 97367 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo acima, solicito o prorrogamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme art. 6.196/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso descreva seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado/Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou compatriota(a): Sim Não Se a vítima deixou compatriota(a), informar o nome completo: COMPO

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

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente a indenização do Seguro DPVAT por morte, aqueles beneficiários que se apresentarem. Entendo que esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 799 do Código Penal.

MORTE

Local e Data:

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome: AG. JOÃO PECETO
CPF: 000.000.000-00

Assinatura

2º | Nome: GUILHERME PREVIDE, CIA SIN
CPF: 000.000.000-00

PROTÓCULO

Paulo Pereira de Lima - 16/01/19

(* Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00171.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00171.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:51 horas do dia 07 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouveia Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Paulo Pereira de Lima**, CPF nº 047.313.864-62, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Professor, filho(a) de Maria José Cristiano de Lima e José Pereira de Lima, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 01/02/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projeta Campo, N° 08, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Antigo Campo de Futebol., na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, telefone(s) para contato (83) 98172-8733.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. João Machado, Próximo Ao Fórum Criminal., João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/01/18 13:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

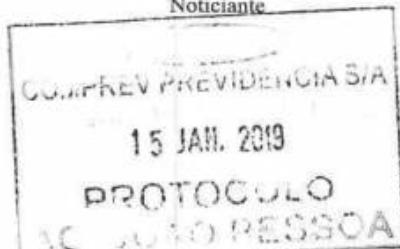
QUE, segundo o notificante no dia 27/01/2018 por volta das 13:10 horas quando transitava na sua moto tipo HONDA/CG 125 FAN; ano e modelo: 2008/2008, de cor preta de placa: MOF8316/PB CHASSI: 9C2JC30708R194749 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo transitava normalmente pela Av. João Machado, quando o sinal - que fica em frente ao FÓRUM criminal da capital - abriu para o declarante e que nesse momento ao atravessar o sinal foi atingido por um veículo (não identificado/que evadiu-se o local) que ultrapassou o sinal vermelho do cruzamento entre esse sinal e atingiu no meio da moto do declarante; QUE devido ao fato a notificante veio a cair e se lesionar sofrendo fratura de maléolo medial esquerdo CID S82.5 conforme Certidão de nº 1573/2018 do COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA.

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

João Pessoa/PB, 07 de janeiro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

PAULO PEREIRA DE LIMA
Noticiante



Procedimento Policial: 00171.01.2019.1.00.401

1/1



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00171.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00171.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:51 horas do dia 07 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouveia Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Paulo Pereira de Lima**, CPF nº 047.313.864-62, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Professor, filho(a) de Maria José Cristiano de Lima e José Pereira de Lima, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 01/02/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projeta Campo, N° 08, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Antigo Campo de Futebol., na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, telefone(s) para contato (83) 98172-8733.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. João Machado, Próximo Ao Fórum Criminal., João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/01/18 13:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

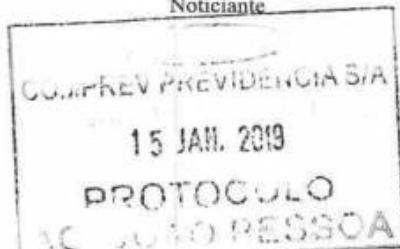
QUE, segundo o notificante no dia 27/01/2018 por volta das 13:10 horas quando transitava na sua moto tipo HONDA/CG 125 FAN; ano e modelo: 2008/2008, de cor preta de placa: MOF8316/PB CHASSI: 9C2JC30708R194749 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo transitava normalmente pela Av. João Machado, quando o sinal - que fica em frente ao FÓRUM criminal da capital - abriu para o declarante e que nesse momento ao atravessar o sinal foi atingido por um veículo (não identificado/que evadiu-se o local) que ultrapassou o sinal vermelho do cruzamento entre esse sinal e atingiu no meio da moto do declarante; QUE devido ao fato a notificante veio a cair e se lesionar sofrendo fratura de maléolo medial esquerdo CID S82.5 conforme Certidão de nº 1573/2018 do COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA.

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

João Pessoa/PB, 07 de janeiro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

PAULO PEREIRA DE LIMA
Noticiante



Procedimento Policial: 00171.01.2019.1.00.401

1/1



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00171.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00171.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 08:51 horas do dia 07 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouveia Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu Paulo Pereira de Lima, CPF nº 047.313.864-62, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Professor, filho(a) de Maria José Cristiano de Lima e José Pereira de Lima, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 01/02/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projeta Campo, N° 08, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Antigo Campo de Futebol., na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, telefone(s) para contato (83) 98172-8733.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. João Machado, Próximo Ao Fórum Criminal., João Pessoa/PB, bairro Jaguaribe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/01/18 13:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

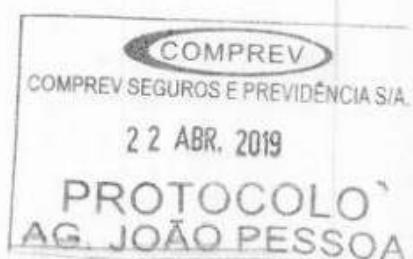
QUE, segundo o notificante no dia 27/01/2018 por volta das 13:10 horas quando transitava na sua moto tipo HONDA/CG 125 FAN; ano e modelo: 2008/2008, de cor preta de placa: MOF8316/PB CHASSI: 9C2JC30708R194749 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo transitava normalmente pela Av. João Machado, quando o sinal - que fica em frente ao FÓRUM criminal da capital - abriu para o declarante e que nesse momento ao atravessar o sinal foi atingido por um veículo (não identificado/que evadiu-se o local) que ultrapassou o sinal vermelho do cruzamento entre esse sinal e atingiu no meio da moto do declarante; QUE devido ao fato a notificante veio a cair e se lesionar sofrendo fratura de maléolo medial esquerdo CID S82.5 conforme Certidão de nº 1573/2018 do COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA.

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

João Pessoa/PB, 07 de janeiro de 2019.

Cr. C
CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

Paulo Pereira de Lima
PAULO PEREIRA DE LIMA
Noticiante



Procedimento Policial: 00171.01.2019.1.00.401

1/1

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00171.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00171.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 08:51 horas do dia 07 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouveia Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Paulo Pereira de Lima**, CPF nº 047.313.864-62, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Professor, filho(a) de Maria José Cristiano de Lima e José Pereira de Lima, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 01/02/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada Campo, Nº 08, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Antigo Campo de Futebol., na cidade de Cruz do Espírito Santo/PB, telefone(s) para contato (83) 98172-8733.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. João Machado, Próximo Ao Fórum Criminal., João Pessoa/PB, bairro Jaguaripe; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/01/18 13:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante no dia 27/01/2018 por volta das 13:10 horas quando transitava na sua moto tipo HONDA/CG 125 FAN; ano e modelo: 2008/2008, de cor preta de placa: MOF8316/PB CHASSI: 9C2JC30708R194749 pertencente ao declarante; Que segundo o mesmo transitava normalmente pela Av. João Machado, quando o sinal - que fica em frente ao FÓRUM criminal da capital - abriu para o declarante e que nesse momento ao atravessar o sinal foi atingido por um veículo (não identificado/que evadiu-se o local) que ultrapassou o sinal vermelho do cruzamento entre esse sinal e atingiu no meio da moto do declarante; QUE devido ao fato a notificante veio a cair e se lesionar sofrendo fratura de maléolo medial esquerdo CID S82.5 conforme Certidão de nº 1573/2018 do COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA.

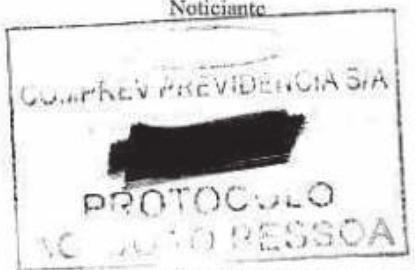
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 07 de janeiro de 2019.

Chic
CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação



Paulo Pereira de Lima
PAULO PEREIRA DE LIMA
Noticiante



Procedimento Policial: 00171.01.2019.1.00.401

1/1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

047.313.864-62 Paulo Pereira de Lima

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

Nome completo:

Paulo Pereira de Lima
Professor

Endereço:

Rua Profetada

CPF: 047.313.864-62

Número: 08

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

Brazil do Espírito Santo

Estado:

PB

CEP: 58337-000

Tel.(DDD):

E-mail:

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1914

CONTA: 97367

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: João Pessoa - PB 15/01/19
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

15 JAN 2019

PROTOCOLO

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/06/2021 14:26:29

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061614262844800000042402684

Número do documento: 21061614262844800000042402684

Num. 44604805 - Pág. 12



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

047.313.864-62 Paulo Pereira de Lima

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

Nome completo:

Paulo Pereira de Lima
Professor

Endereço:

Rua Profetada

CPF: 047.313.864-62

Número:

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

Brazil do Espírito Santo

Estado:

PB

CEP:

58337-000

E-mail:

Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:

RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1914

CONTA: 97367

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: João Pessoa - PB 15/01/19
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
2º | Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

15 JAN 2019

PROTÓCULO

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Name completo da vítima:
	047.313.864-62	Paulo Pereira de Lima
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Profissão:	Número:	Complemento:
Bairro:	CEP:	
Cidade:	58337-000	
Estado:	Tel.(DDD):	
E-mail:		

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

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1914 CONTA: 97367 (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (var nascer): Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data: João Pessoa - PB 15/01/19
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO
 Paulo Pereira de Lima
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

PROTÓCOLO

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

EPS.001 V001/2018

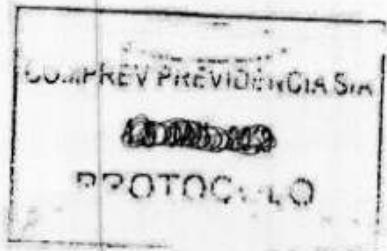
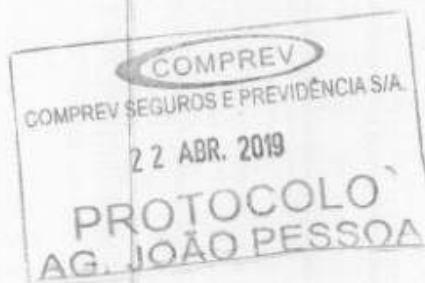
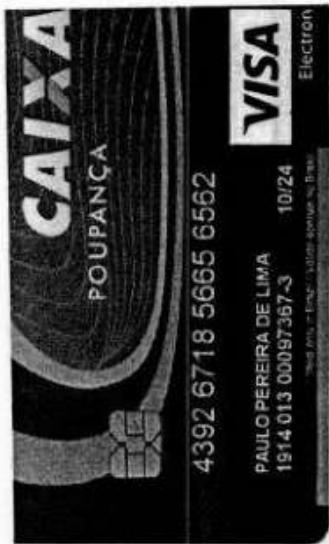


Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/06/2021 14:26:29

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061614262844800000042402684

Número do documento: 21061614262844800000042402684

Num. 44604805 - Pág. 14



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/06/2021 14:26:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061614262844800000042402684>
Número do documento: 21061614262844800000042402684

Num. 44604805 - Pág. 15



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima	
	047.313.864-62	Paulo Pereira de Lima	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	CPF:	047.313.864-62	Número:
Profissão:	Endereço:	08	Complemento:
Barco:	Cidade:	Braz do Espírito Santo	Estado: PB
E-mail:	CEP:	58337-000	Tel.(DDD):

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUZO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1914 CONTA: 97367 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo acima, solicito o prorrogamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme art. 6.196/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso descreva seu conteúdo.

INVALIDEZ PERMANENTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Este sou cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente a indenização do Seguro DPVAT por morte a todos aqueles beneficiários que se apresentarem. Entendo que esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração à não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

MORTE

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: AG. JOÃO PECÔO
CPF: 000.000.000-00

Assinatura: _____

2º | Nome:

CPF: 000.000.000-00

Assinatura: _____

PROTÓCULO

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

CNPJ:

Ficha Nr: 97813 Atd: Nao Regula
Data: 27/01/2018
Hora: 17:02:14
Repcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: PAULO PEREIRA DE LIMA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.01.003765

CNS: 707808654841715 Sexo: M IDENTIDADE: 2733201 Fone: 981160429

Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 01/02/1982 Id: 36 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 00

Bairro: CENTRO Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF :PB

Mae: MARIA JOSE CRISTIANO DE LIMA

Pai: JOSE PEREIRA DE LIMA

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: PROFESSOR DE SEGUNDO GRAU

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA HELIDA DOS SANTOS

1/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: HOSPITAL CENTRAL DE FRATURA

sporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO X CARRO NA RUA JOAO AMCHADO

Vitima de violência por: HJ 12/40 EM JAGUARIBE CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Hc. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

SUJEIRA PREVIDENCIA SIM

15 JAN. 2013

PROTÓCOLO

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Queda de moto com
desconhecida gravida.

Diagnóstico

Conduta

ruptura maledo medial E

Exame Físico

Horário da medicacão

07: Internação P/
am 990 Crônico

Dr. Suelio Moreira Torres
Médico de Plantão
Complexo Hospitalar Mangabeira
Centro de Traumatologia e Ortopedia

Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

SUAPREV PREVIDENCIAS
MENTIMENTO REALIZADO

15 JAN. 2019

PROTOCOLO

001

DESTINO DO PACIENTE

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

Paulo Pereira de Lima

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Ficha Nr: 97813 Atd: Nao Regula
Data: 27/01/2018
Hora: 17:02:14
Repcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEDIA

CNPJ:

DADOS DO PACIENTE

Nome: PAULO PEREIRA DE LIMA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.01.003765

CNS: 707808654841715 Sexo: M IDENTIDADE: 2733201 Fone: 981160429

Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 01/02/1982 Id: 36 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 00

Bairro: CENTRO Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF :PB

Mae: MARIA JOSE CRISTIANO DE LIMA

Pai: JOSE PEREIRA DE LIMA

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: PROFESSOR DE SEGUNDO GRAU

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA HELIDA DOS SANTOS

1/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: HOSPITAL CENTRAL DE FRATURA

sporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO X CARRO NA RUA JOAO AMCHADO

Vitima de violência por: HJ 12/40 EM JAGUARIBE CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Hc. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

SUJEIRA PREVIDENCIA SIM

15 JAN. 2013

PROTÓCOLO

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Queda de moto com
desconhecida gravida.

Diagnóstico

Conduta

paciente maledo medical E

Exame Físico

Horário da medicacão

07: Internação P/
am 990 Crônico



Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

SUAPREV PREVIDENCIAS
MENTIMENTO REALIZADO

15 JAN. 2019

PROTOCOLO

001

DESTINO DO PACIENTE

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

Paulo Pereira de Lima

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





CERTIDÃO

Nº. 1573/2018

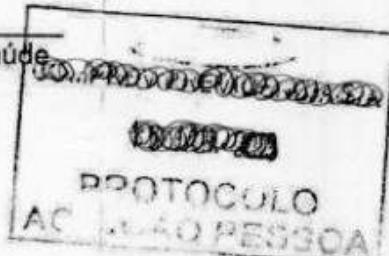
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 97813 e Prontuário nº 2018.01.003765 pertencentes a PAULO PEREIRA DE LIMA que foi atendido dia 27/01/2018 às 17H02min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo medial esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 31/01/2018 com alta médica dia 01/02/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 03 de dezembro de 2018

Suelio Moreira
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/ 2959



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

Ficha Nr: 97813 Atd: Nao Regulada
Data: 27/01/2018
Hora: 17:02:14
Recepção: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE
Nome: PAULO PEREIRA DE LIMA
CNS: 707808654841715 Sexo: M IDENTIDADE: 2733201 Fone: 981160429
Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 01/02/1982 Id: 36 ano(s)
End.: RUA PROJETADA,00
Bairro: CENTRO Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF :PB
Mae: MARIA JOSE CRISTIANO DE LIMA Pai: JOSE PEREIRA DE LIMA
Raça: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: PROFESSOR DE SEGUNDO GRAU
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: ESPOSA HELIDA DOS SANTOS
/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD
Residencia: HOSPITAL CENTRAL DE FRATURA

Escolaridade:

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

sporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO X CARRO NA RUA JOAO AMCHADO

Vitima de violência por: RJ 12/40 EM JAGUARIBE CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA:

FR:

Aparentemente Bem Grave

FC:

TP:

Politraumatizado Convulsao

Peso:

Altura:

Hemorragia Dispneia

Glicemia:

IMC:

Diarreia Agitado

Sp. Abd:

O2%:

Regular Chocado

Vomito

Observação:

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

AG. JOAO PESSOA

Queda de moto com
lesão na T11 E56.

Diagnóstico

Conduta

Medicação

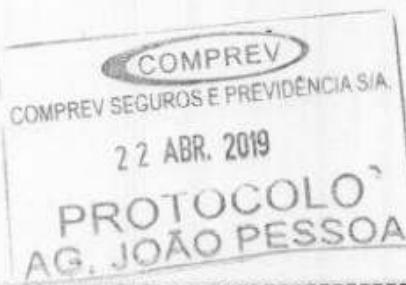
Horário da medicacão

07: Internação P/ 990 Crônico

Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao



| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
ESTIMENTO REALIZADO

PROTOCOLO

AUT

DESTINO DO PACIENTE

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

Paulo Pereira de Lima

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



PREFECTURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
56-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Ficha Nr: 97813 Attd: Nao Regula
Data: 27/01/2018
Hora: 17:02:14
Repcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEDIA

CNPJ:

DADOS DO PACIENTE

Nome: PAULO PEREIRA DE LIMA
CNS: 707808654841715 Sexo: M IDENTIDADE: 2733201 Fone: 981160429
Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 01/02/1982 Id: 36 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 30

Bairro: CENTRO Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF :PB

Mae: MARIA JOSE CRISTIANO DE LIMA Pai: JOSE PEREIRA DE LIMA

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PROFESSOR DE SEGUNDO GRAU

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA HELIDA DOS SANTOS

L/Doc. Responsavel: OO / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: HOSPITAL CENTRAL DE FRATURA

Esporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO X CARRO NA RUA JOAO AMCHADO

Vitima de violencia por: HJ 12/40 EM JAGUARIBE CONDUTOR

1 Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA:

FR:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

FC:

TP:

[] Aparentemente Bem [] Grave

Peso:

Altura:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Glicemia:

TMC:

[] Hemorragia [] Dispineira

Ec. Abd:

O2%:

[] Diarreia [] Agitado

Sintoma Principal

[] Regular [] Chocado

EXAMINAMENTO PARA AVALIACAO DA ORTOPEDIA

[] Vomito

Observacao

COL. PREV PREVIDENCIA S.A.

PROTÓCOLO

AG. 14011

História - Exame Físico - (hora do atendimento medico)

Queda de moto com
lesão TRNZ Esh.

Diagnóstico

Conduta

Fratura malo do mesial E

Procedimento

Horário da medicacão

07: Internação PR
na 1 990 CTÚNICO



PAULO PEREIRA DE LIMA
RUA PROJETADA, 05 - CENTRO
CRUZ DO ESPÍRITO SANTO / PB CEP: 5837002 (AC 31)
Emissão: 08/12/2018 - Referência: Dez/2018
Classe/Suécia: RESIDENCIAL/RESIDENCIAL MONOFÁSICO
Resumo: 2-55-525 - 1200 NF medidor: 0502900136

energisa

ENERGIA FÁTICA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
KMS5 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58071-600
CNPJ 09 095 161/001-49 - Inscrição 16.015.922-1
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica e/ou Gás Natural

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a **Apresentação** **Data prevista da próxima leitura** **CPF/CNPJ/RANI**
Dez / 2018 **06/12/2018** **08/01/2019** **047.313.804-62**

UC (Unidade Consumidora): 5/1289147-9

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias
Data	Leratura	Data	Leratura					
07/11/18	1404	28/12/18	1549	1		145		29
Demonstrativo								
CCI Descarga		Quantida de Tons/24h	Vazão Descarga Atm. bco/24h	Descarga Padrão	Ciclo/24h			
		Tons/24h	(DESCARGA CARGA)	PERCENTUAL (0,0000000000000000)				
0801 Consumo 2500W-BR	90.000	0,267800	8,25	8,25 27	2,32	8,25	2,62	0,63
0801 Consumo - 31 a 100W-BR	70.000	0,453940	34,54	34,54 27	8,32	34,54	3,37	1,72
0801 Consumo - 101 a 230W-BR	45.000	0,743000	32,31	32,31 27	8,00	32,31	2,96	1,08
0801 Adic. E. Amanhã		1,07	1,07 27	0,30	1,07	0,01	0,05	
0810 Subsídio	48,02	48,02 27	12,95	48,02	0,52	2,41		
LANCAMENTOS E SERVIÇOS								
0807 CONTRIBUIÇÃO LUM.PÚBLICA		12,59	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804 JUROS DE MORA 11/2018		0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805 MULTA 11/2018		1,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0806 DIÁFRAMA SUBSIDIO		-0,14	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCJ: Código de Classificação de Item TOTAL 108,51 125,87 23,90 125,87 1,36 8,27
Média Últimos meses (kWh) **VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**
 142 13/12/2018 R\$ 108,51

Historico de consumo (cont.)

卷之三

Scanned by CamScanner

卷之三十一

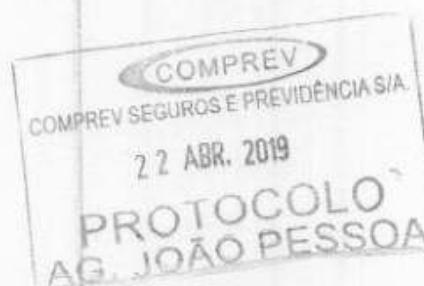
Indicadores de Qualidade 10/2022-329

Справочник по Олимпиадам

Discriminação	Valor (R\$)	%
Brasil de Comunicação/PB	19.42	18,87
Companhia Energética	20,21	19,41
Brasília Transmídia	2,86	2,84
Energisa Belo Horizonte	4,26	4,21
Imprensa Oficial/Ministério	66,81	62,17
Outras Serviços	0,00	0,00
	100,00	100,00

www.w10

www.EasyEngineering.net



PAULO PEREIRA DE LIMA
RUA PROJETADA, 09 - CENTRO
CRUZ DO ESPÍRITO SANTO / PB CEP: 58337-003 (AG. 51)
Emissão: 06/12/2016 Referência: Cez73016
Classificação: RESIDENCIAL/BAMA PEDAÇO MONFARÉ
Páginas: 3 - 55 - 525 - 1829 N° impressão: 000099912

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. 25 - Cidade Redentor - João Pessoa/PB - CEP 59071-080
CNPJ 00.005.167/0001-49 - Inscrição Est. 16.016.622-1

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse www.energisa.com.br

Conta referente a 06/12/2018 Apresentação 08/01/2019 Data prevista da próxima leitura 047.313.854-02 CPF/ CNPJ/ RANI

UC (Unidade Consumidora): 5/1289147-9

[Canal de contato](#)

- Tânia Soárez de Energia Básica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.432, de 26 de abril de 2002.

Anterior		Atual		Constante		Consumo		Dias
Data	Leritura	Data	Leritura					
07/11/19	7404	09/12/19	1549	1		145		29
Demonstrativo								
CD	Descrição	Quantidade	Tipo(s)	Volt	Corrente AHC	AHC (mA)	Impedância PBR	Código
			Tensão	Volt	mAHRS	mAHS	PBR (mΩ)	(mAHS)
0001	Consumo 220V-BR	30.000	0,287800	8,65	0,03	27	2,33	0,83
0001	Consumo 220V-BR	70.000	0,483940	34,54	0,04	27	8,92	34,54
0001	Consumo-101 a 220V-BR	45.000	0,743300	33,21	0,03	27	9,39	33,21
0001	Acab. B. Amarela			1,07	1,07	27	0,30	1,07
0010	Subsídio	49,07	46,02	27	12,08	49,07	0,02	2,41
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0007	CONTRIBUICAO LUM PUSICA	12,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0034	JUROS DE MORA 11/2019	0,60	0,00	0	0,60	0,00	0,00	0,00
0035	MULTA 11/2019	1,00	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0002	Descontos de férias	-12,14	0,00	1	0,00	0,00	0,00	0,00

CCO - Código de Cliente Fiação de Bem	TOTAL	108,51	129,57	129,50	126,87	1,39	8,27
Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO				TOTAL A PAGAR		
143	13/12/2018				R\$ 108,51		

RESERVADO AO FISCO

fc42.1306.f236.aa04.c22c.e771.ec4a.b95f

Indicadores de Qualidade

Indicadores de Qualidade		2015-16
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (%)
DIC-MENSAL	8,47	0,00
DIC-TRIMESTRAL	12,58	MÍNIMAL 12
FC-ANUAL	25,00	MÁXIMA 25
FC-MENSAL	6,41	0,00
FC-TRIMESTRAL	6,41	0,00
FC-ANUAL	13,55	LÍMITE INFERIOR 20
PERC.	20,00	LÍMITE SUPERIOR 23
PERC. 2	12,44	

ATENÇÃO

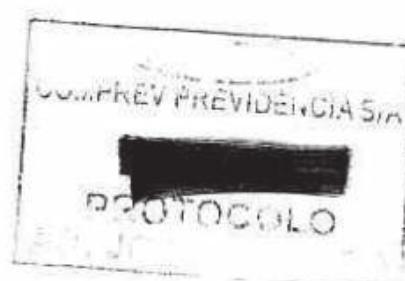
Faturas em atraso

Crescimento do Consumo		
Discriminante	Valor (R\$)	%
Serviços de Dados da Empresa/PE	19,42	16,97
Centrais de Energia	20,67	24,21
Setor de Construtoras	1,06	1,24
Setor de Bens de Consumo	4,26	5,01
Setor de Serviços	55,81	51,17
Outros Serviços	3,00	3,60
Total	109,51	100,00

2024/6/26 10:23:03

卷之三

A rectangular stamp with rounded corners. The word 'COMPREV' is at the top in a bold, sans-serif font, enclosed in an oval border. Below it, the date '03 JUN. 2019' is stamped. At the bottom, the text 'PROT. AG. JOÃO PECO' is partially visible, suggesting a file number.



Jeanne MELDRUM BROWN, 81, of 1017 North 10th Street, Topeka, Kansas, died Saturday morning, April 21, 1962. She was born June 1, 1881, in Marion, Indiana, and was a widow.

energisa

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 | Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RNE
Nov/12/2018	21/11/2018	18/12/2018	918.942.224-45

UC (Unidade Consumidora): 51698358-7

Canal de centato

Journal of Health Politics, Policy and Law

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

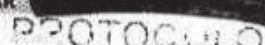
28/11/2018

RS-198-62

8 13 44 25 14 100 20 100 137 200 162 200
%^a Cet/11-14% Fatty acids 40% 50% 40% 40% 40% 50% 20%

A rectangular stamp with rounded corners. The word 'COMPREV' is at the top right, 'SEGUROS E PREVISÃO' is written vertically down the center, and '03 JUN. 2019' is at the bottom. The entire stamp is surrounded by a decorative border.

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
VARIAZ.	D



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/06/2021 14:26:29
<http://pj.e-justice.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2106161426284480000042402684>
Número do documento: 2106161426284480000042402684

Num. 44604805 Pág. 32



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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046 802 754-74,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Pereira de Lima, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 047 313 864-63, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima
Paulo Pereira de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047 313 864-62, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

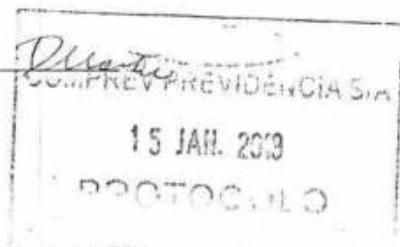
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>		<u>157</u>	
<u>Changabeira</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58056-384</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)

João Pessoa 15 de Janeiro de 2019
Local e Data

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante





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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046.802.754-74,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Pereira de Lima, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 047.313.864-63, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima
Paulo Pereira de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047.313.864-62, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

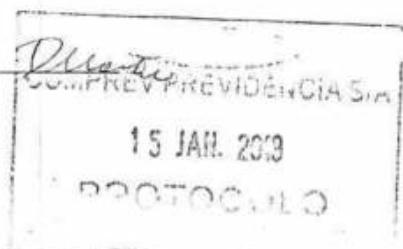
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>		<u>157</u>	
<u>Changabeira</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58056-384</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)

João Pessoa 15 de Janeiro de 2019
Local e Data

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante





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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

¹ Supervintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Alexandra Cesar Duarte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046 002 754-44, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Pereira de Loura, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047 313 864-62, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima Paulo Pereira de Loura, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047 313 864-62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios

Recuso informar

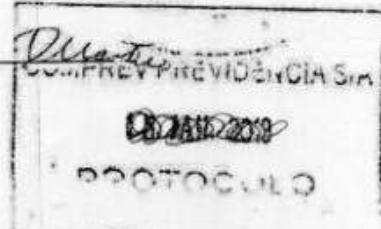
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
Mangabeira	Rua Agente Fiscal José C. Duarte	157	
Email:	Cidade	Estado	CEP
	João Pessoa	PB	58056-384

João Pessoa 15 de Janeiro de 2019
Local e Data

Alexandra Cesar Duarte
Assinatura do Declarante



DLDRL.001 V001/2017



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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP² 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.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro;

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte, inscrito (a) no CPF sob o Nº 046 502 754-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Paulo Pereira de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047 313 864-62, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Paulo Pereira de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 047 313 864-62, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

I 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.

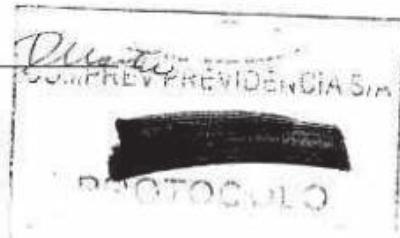
Endereço	Rua Agente Fiscal José G. Duarte 167	Número	Complemento
Bairro	Chamabéira	Cidade	João Pessoa
Email		Estado	CEP
		PE	58056-384
		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
		031	031

João Pessoa 15 de Janeiro de 2019

Local e Data

Alexandra Cesar Duarte

Assinatura do Declarante



DDRL.001.V001/2017





CERTIDÃO

Nº. 1573/2018

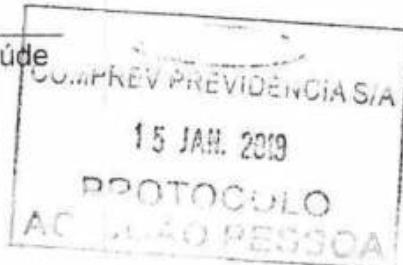
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 97813 e Prontuário nº 2018.01.003765 pertencentes a **PAULO PEREIRA DE LIMA** que foi atendido dia 27/01/2018 às 17H02min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo medial esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 31/01/2018 com alta médica dia 01/02/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 03 de dezembro de 2018

Sônia
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/ 2959



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/06/2021 14:26:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061614262844800000042402684>
Número do documento: 21061614262844800000042402684

Num. 44604805 - Pág. 37

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Ficha Nr: 97813 Atd: Nao Regula
Data: 27/01/2018
Hora: 17:02:14
Repcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEDIA

CNPJ:

DADOS DO PACIENTE

Nome: PAULO PEREIRA DE LIMA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.01.003765

CNS: 707808654841715 Sexo: M IDENTIDADE: 2733201 Fone: 981160429

Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 01/02/1982 Id: 36 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 00

Bairro: CENTRO Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF :PB

Mae: MARIA JOSE CRISTIANO DE LIMA

Pai: JOSE PEREIRA DE LIMA

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: PROFESSOR DE SEGUNDO GRAU

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA HELIDA DOS SANTOS

1/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: HOSPITAL CENTRAL DE FRATURA

sporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO X CARRO NA RUA JOAO AMCHADO

Vitima de violência por: HJ 12/40 EM JAGUARIBE CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Hc. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

SUJEIRA PREVIDENCIA SIM

15 JAN. 2013

PROTÓCOLO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

AG. JOAO P.

Queda de moto com
desconscio 9RNZ ESG.

Diagnostico

Conduta

ruptura maledo medial E

Exame

Horario da medicacao

07: Internação P/
am 990 CTÚNICO
2021 2021

Dr. Suelio Moreira Torres
Médico de Plantão
Complexo Hospitalar Mangabeira
Centro de Traumatologia e Ortopedia



Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

SUAPREV PREVIDENCIAS
MENTIMENTO REALIZADO

15 JAN. 2019

PROTOCOLO

001

DESTINO DO PACIENTE

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

Paulo Pereira de Lima

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: PAULO P. VIEIRA Data da Admissão: 22/01/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F() M() Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1
QPD: Pneumonia grave esquerda
HDA: Festivais gravados
queado muito
Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudoresse []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____
Pele: _____
Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____
ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melenas []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume _____
AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____
SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos _____
SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor _____

22/01/18
20700270

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



Nome Paulo Pereira Lima			Registro: 2018.01.3765		
Idade:	Sexo: <i>Mas</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumato</i>	EMP:	LR:
Data: <i>31/01/2018</i>			Cirurgião: <i>Mouribe Arruda</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: Thiago		
Anestesista: Iberlone			Instrumentador:		

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fratura de Mâleolo Medial

8825

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O mesmo

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)

CÓDIGO

Tratamento cirúrgico de fratura de Maléolo Medial

Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não
Descreva:

SUPLÍCIA PREVIDENCIÁRIA Sín
15 JAN. 2013
PROTÓCOLO

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 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

3 - PB
3 1 JAN. 2003



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
	Realizado garroteamento de membro inferior
	Assepsia + Antissepsia
	Aposição de campos cirúrgicos estéreis
Incisão:	Incisão em J invertido na região medial do tornozelo esquerdo
	Dissecção por planos até foco de fratura
	Hemostasia com eletrocautério
Achados:	Visualização do foco da fratura
Conduta:	Realizada redução
	Limpeza do foco da fratura com retirada de tecido fibroso
	Aposição de 2 parafusos esponjosos de rosca parcial n 50
	Realizado RX controle
	Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%
Fechamento:	Fechamento de incisões por planos de planos musculares, subcutâneo e pele
Curativo	
Tala bota	
SUMPREV PREVIDÊNCIAS/A OBS: 15 JAN 2018 730 TOC - LQ	
Data: 31/01/2018	
 31 JAN 2018 MÉDICO/CRM	

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





LAVAGEM MÉDICO RESUMO DE ALTA

NOME Paulo Pereira de Lima				PRONTUÁRIO N°	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>27/01/18</i>	DATA DE ALTA <i>01/02/18</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA 06 dias	06	DAS
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de Maléolo Medial do tornozelo esquerdo</i>				CID <i>S82.5</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					

PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando fratura de maléolo Medial</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO			COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO () ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de fratura de maléolo medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i>					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Cetoprofeno + cefalexina</i>					

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15/02/2018 para revisão.					
--	--	--	--	--	--

01/02/18					
DATA					
ASS. MÉDICO / CRM					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, FONTE, PREV, PREVIDÊNCIAS, SINCONTINUIDADE DE TRATAMENTO					

15 JUN 2019

PROTÓCOLO





CERTIDÃO

Nº. 1573/2018

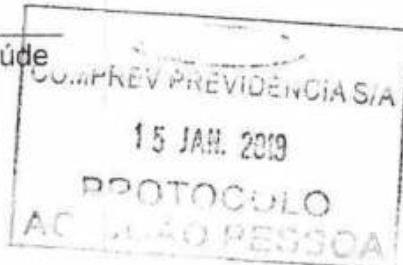
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 97813 e Prontuário nº 2018.01.003765 pertencentes a **PAULO PEREIRA DE LIMA** que foi atendido dia 27/01/2018 às 17H02min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo medial esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 31/01/2018 com alta médica dia 01/02/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 03 de dezembro de 2018

Sônia
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/ 2959



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/06/2021 14:26:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061614262844800000042402684>
Número do documento: 21061614262844800000042402684

Num. 44604805 - Pág. 44

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Ficha Nr: 97813 Atd: Nao Regula
Data: 27/01/2018
Hora: 17:02:14
Repcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEDIA

CNPJ:

DADOS DO PACIENTE

Nome: PAULO PEREIRA DE LIMA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.01.003765

CNS: 707808654841715 Sexo: M IDENTIDADE: 2733201 Fone: 981160429

Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 01/02/1982 Id: 36 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 00

Bairro: CENTRO Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF :PB

Mae: MARIA JOSE CRISTIANO DE LIMA

Pai: JOSE PEREIRA DE LIMA

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Ocupação: PROFESSOR DE SEGUNDO GRAU

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA HELIDA DOS SANTOS

1/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: HOSPITAL CENTRAL DE FRATURA

sporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO X CARRO NA RUA JOAO AMCHADO

Vitima de violência por: HJ 12/40 EM JAGUARIBE CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Hc. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

SUJEIRA PREVIDENCIA SIM

15 JAN. 2013

PROTÓCOLO

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Queda de moto com
lesão no RNZ Esa.

Diagnóstico

Conduta

ruptura maledo medial E

Exame

Horário da medicação

07: Internação P/
am 990 Crônico



Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

SUAPREV PREVIDENCIAS
MENTIMENTO REALIZADO

15 JAN. 2019

PROTOCOLO

001

DESTINO DO PACIENTE

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

Paulo Pereira de Lima

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: PAULO P. VIEIRA Data da Admissão: 22/01/18
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F() M() Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1
QPD: Pneumonia grave esquerda
HDA: Festivais gravados
queado muito
Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudoresse []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____
Pele: _____
Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____
ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melenas []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume _____
AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____
SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos _____
SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []Humor _____

22/01/18
20700-200
20700-200

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



Nome Paulo Pereira Lima				Registro: 2018.01.3765	
Idade:	Sexo: <i>Mas</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumato</i>	EMP:	LR:
Data: <i>31/01/2018</i>		Cirurgião: <i>Mouribe Arruda</i>			
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>		2º Assistente: Thiago			
Anestesista: Iberlone		Instrumentador:			

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Fratura de Mâleolo Medial

S82.5

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O mesmo

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)

CÓDIGO

Tratamento cirúrgico de fratura de Maléolo Médial

Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não
Descreva:

SUITE DE PREVIDÊNCIA S/A
15 JAN. 2019
PROTÓCOLO

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 58056-384. Mangabeira II, João Pessoa – PB

3 - PB
3 1 JAN. 2003



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
	Realizado garroteamento de membro inferior
	Assepsia + Antissepsia
	Aposição de campos cirúrgicos estéreis
Incisão:	Incisão em J invertido na região medial do tornozelo esquerdo
	Dissecção por planos até foco de fratura
	Hemostasia com eletrocautério
Achados:	Visualização do foco da fratura
Conduta:	Realizada redução
	Limpeza do foco da fratura com retirada de tecido fibroso
	Aposição de 2 parafusos esponjosos de rosca parcial n 50
	Realizado RX controle
	Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%
Fechamento:	Fechamento de incisões por planos de planos musculares, subcutâneo e pele
Curativo	
Tala bota	
SUMPREV PREVIDÊNCIAS/A OBS: 15 JAN 2018 730 TOC - LQ	
Data: 31/01/2018	
 31 JAN 2018 MÉDICO/CRM	

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





LAVAGEM MÉDICO RESUMO DE ALTA

NOME Paulo Pereira de Lima				PRONTUÁRIO N°	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>27/01/18</i>	DATA DE ALTA <i>01/02/18</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>06 dias</i>	<i>D. AS</i>	<i>Moura Arruda Feijão CML/2017-2018-2019</i>
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de Maléolo Medial do tornozelo esquerdo</i>				CID	<i>S82.5</i>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando fratura de maléolo Medial</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL () SIM () NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA (X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO () ÓBITO					
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de fratura de maléolo medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: <i>Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...</i>					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Cetoprofeno + cefalexina</i>					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15/02/2018 para revisão.					
<p><i>01/02/18</i></p> <p>DATA</p> <p>ASS. MÉDICO / C.R.M</p> <p>Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, COOPERATIVAS, PREV, PREVIDÊNCIAS, SIN</p> <p>CONTINUIDADE DE TRATAMENTO</p> <p><i>15 JAH. 2019</i></p> <p><i>PROTÓCOLO</i></p>					





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 22/01/18

Nome: PAULO P. LIMA
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Pneumonia grave esquerda
HDA: Fevrícula grave 38°C
gripe muito

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 ABR 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Ictericia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

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

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

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melenas []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Políuria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidiz pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

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



Nome Paulo Pereira Lima						Registro: 2018.01.3765
Idade:	Sexo: Mas	Cor:	Clínica: Traumato	EMP:	LR:	
Data: 31/01/2018						Cirurgião: Mouribe Arruda
1º Assistente: Jorge Augusto						2º Assistente: Thiago
Anestesista: Iberlone						Instrumentador:

DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO	CID
Fratura de Maléolo Medial	S82.5

DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO	CID
O mesmo	COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
	22 ABR. 2019
	PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA

PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)	CÓDIGO
Tratamento cirúrgico de fratura de Maléolo Medial	
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não	COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
Descreva:	12/01/2019
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não	PROTÓCOLO
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, 5/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

31 JAN. 2018



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Realizado garroteamento de membro inferior

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Incisão em J invertido na região medial do tornozelo esquerdo

Dissecção por planos até foco de fratura

Hemostasia com eletrocautério

Achados:

Visualização do foco da fratura

Conduta:

Realizada redução

Limpeza do foco da fratura com retirada de tecido fibroso

Aposição de 2 parafusos esponjosos de rosca parcial n 50

Realizado RX controle

Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

22 ABR 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Fechamento:

Fechamento de incisões por planos de planos musculares, subcutâneo e pele

Curativo

Tala bota

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

OBS:

PROTÓCOLO

Data: 31/01/2018

Mangabeira II, João Pessoa - PB

31 JAN 2018

MÉDICO/CRM

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



RESUMO CLÍNICO / RESUMO DE ATENDIMENTO

NOME Paulo Pereira de Lima				PRONTUÁRIO N°
IDADE	SEXO	COR	CLÍНИCA <i>Ortopedia</i>	ENF. LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>27/01/18</i>	DATA DE ALTA <i>01/02/18</i>	TEMPO DE PERMANÊNCIA 02 dias	06 DAS	<i>Moura Artur Feijão TJPE - 17/02/2018</i>
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de Maléolo Medial do tornozelo esquerdo</i>				CID <i>S82.5</i>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>				
OUTROS DIAGNÓSTICOS				
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando fratura de maléolo Medial</i>				
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA				
ANATOMIA PATOLÓGICA				
INFECÇÃO DE F.O. <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA				
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO			<input type="checkbox"/> CURADO <input checked="" type="checkbox"/> ÓBITO	
RESUMO CLÍNICO <small>(HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)</small> Paciente portador(a) de fratura de maléolo medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.				
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA				
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...				
REPOUSO:	Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.			
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.				
MEDICAÇÕES PARA CASA: Cetoprofeno + cefalexina				
RETORNO:	Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15/02/2018 para revisão.			
01/02/18		ASS. MÉDICO / CRM <i>Moura Artur Feijão TJPE - 17/02/2018</i>		
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, PREV, PREVIDÊNCIA S.A.				
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO				





CERTIDÃO

Nº. 1573/2018

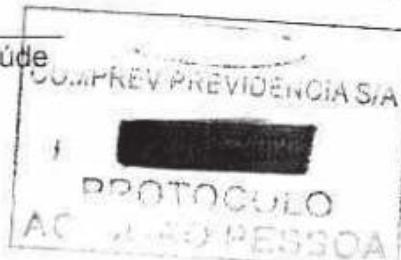
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 97813 e Prontuário nº 2018.01.003765 pertencentes a PAULO PEREIRA DE LIMA que foi atendido dia 27/01/2018 às 17H02min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo medial esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 31/01/2018 com alta médica dia 01/02/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 03 de dezembro de 2018

Sueli Moreira
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/ 2959



PREFECTURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
56-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Ficha Nr: 97813 Attd: Nao Regula
Data: 27/01/2018
Hora: 17:02:14
Repcionista: ADRIANA DA SILVA
Clinica: ORTOPEDIA

CNPJ:

DADOS DO PACIENTE

Nome: PAULO PEREIRA DE LIMA
CNS: 707808654841715 Sexo: M IDENTIDADE: 2733201 Fone: 981160429
Natural: SANTA RITA/PB Data Nasc.: 01/02/1982 Id: 36 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 30

Bairro: CENTRO Cidade: CRUZ DO ESPIRITO SANTO UF :PB

Mae: MARIA JOSE CRISTIANO DE LIMA Pai: JOSE PEREIRA DE LIMA

Raca: PRETA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PROFESSOR DE SEGUNDO GRAU

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: ESPOSA HELIDA DOS SANTOS

N/Doc. Responsavel: 00 / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: HOSPITAL CENTRAL DE FRATURA

Esporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: MOTO X CARRO NA RUA JOAO AMCHADO

Vitima de violencia por: HJ 12/40 EM JAGUARIBE CONDUTOR

1 Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispineira
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: TMC:

Co. Abd: O2%:

Observacao: COUPURE PREVIDENCIA SIM

Doença Principal

AMINHAMENTO PARA AVALIACAO DA ORTOPEDIA

PROTÓCOLO

AG. 14011

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Queda de moto com
lesão TRNZ Esh.

Diagnóstico

Conduta

Fratura malo do mesial E

Procedimento

Horário da medicacão

07: Internação PR
na m 990 CTÚNICO



: Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

COMPROMISSO PREVIDENCIA
MENTO REALIZADO

PROTOCOLO

AOT

ESTADO DO PACIENTE

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

Paulo Pereira de Lima

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Mec





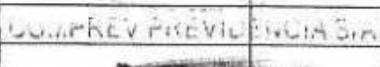
FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: PAULO P. LIMA Data da Admissão: 22/01/18
Pronutário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F() M() Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: / /
QPD: Pentium INTEL esquecido
HDA: Pentium INTEL z/7000
queado muito
Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____
Pele: _____
Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____
AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____
ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume
AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____
SME: []Dor _____ []Rigidéz/pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos
SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Se []Amnésia []Libido []Humor

COMPRENSE E COMPARECE
03 JUN. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Nome Paulo Pereira Lima				Registro: 2018.01.3765
Idade:	Sexo: <i>Mas</i>	Cor:	Clínica: <i>Traumato</i>	EMP: _____ LR: _____
Data: 31/01/2018		Cirurgião: <i>Mouribe Arruda</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>		2º Assistente: <i>Thiago</i>		
Anestesista: <i>Iberlone</i>		Instrumentador: _____		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID
<i>Fratura de Maléolo Medial</i>				S82.5
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID
<i>O mesmo</i>				
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO
<i>Tratamento cirúrgico de fratura de Maléolo Medial</i>				
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não Descreva: _____				 
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não				PROTÓCOLO
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

31 JAN. 2018



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
	Realizado garroteamento de membro inferior
	Assepsia + Antissepsia
	Aposição de campos cirúrgicos estéreis
Incisão:	Incisão em J invertido na região medial do tornozelo esquerdo
	Dissecção por planos até foco de fratura
	Hemostasia com eletrocautério
Achados:	Visualização do foco da fratura
Conduta:	Realizada redução
	Limpeza do foco da fratura com retirada de tecido fibroso
	Aposição de 2 parafusos esponjosos de rosca parcial n 50
	Realizado RX controle
	Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%
Fechamento:	Fechamento de incisões por planos de planos musculares, subcutâneo
	Curativo
	Tala bota
COMPREV PREVIDÊNCIAS	
OBS:	[REDACTED]
Data: 31/01/2018	
31 JAN. 2018	
MÉDICO/CR	

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





EXAME MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME Paulo Pereira de Lima				PRONTUÁRIO N°	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>27/01/18</i>	DATA DE ALTA <i>01/02/18</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA <i>06 dias</i>	06	DAS
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura de Maléolo Medial do tornozelo esquerdo</i>				CID	<i>S82.5</i>
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de tornozelo demonstrando fratura de maléolo Medial</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO		<input type="checkbox"/> A PEDIDO		<input type="checkbox"/> CURADO <input checked="" type="checkbox"/> ÓBITO	
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) <i>Paciente portador(a) de fratura de maléolo medial foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...					
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: Cetoprofeno + cefalexina					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15/02/2018 para revisão.					
01/02/18			Ass. MÉDICO / CRM <i>Maurício Arruda Feijão</i>		
DATA			CONTINUIDADE DE TRATAMENTO <i>PREV PREVIDÊNCIA S/A</i>		
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, PREV PREVIDÊNCIA S/A					



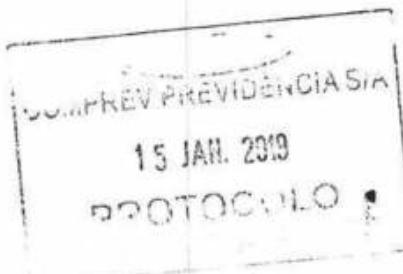
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS RELAÇÕES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 PARLAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
P B

NOME PAULO PEREIRA DE LIMA		DOC. IDENTIDADE / DES. SÍMBOLOS DE 2733201 SSP PB
CM 047.313.864-62	DATA Nascimento 01/02/1982	RESIDÊNCIA
PAULO PEREIRA DE LIMA MARIA JOSE CRISTIANO DE LIMA		PERMISSÃO ACC CAVAS AB
Nº REGISTRO 03138194186	VALIDADE 11/12/2022	VALIDAÇÃO 19/12/2003
O TERRITÓRIO NACIONAL 1548991117		
Descrição 		
Pessoal Responsável pelo documento ASSINATURA DO PORTADOR LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 12/12/2017 ASSINATURA DO EMISSOR PARAÍBA 60848359803 PB035875143		
SINEPREV PREVIDÊNCIA SOCIAL 15 JAN. 2019 PROTOCOLO		



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/06/2021 14:26:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061614262844800000042402684>
 Número do documento: 21061614262844800000042402684

Num. 44604805 - Pág. 62



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/06/2021 14:26:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061614262844800000042402684>
Número do documento: 21061614262844800000042402684

Num. 44604805 - Pág. 63

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
ARTIGO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

P B

PAULO PEREIRA DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / DES. SÍMBOLOS DE
2733201 SSP PB

CM 047.313.864-62 DATA NASCIMENTO
01/02/1982

NOME
JOSE PEREIRA DE LIMA
MARIA JOSE CRISTIANO
DE LIMA

RESUMÃO
ACC CAUSA
AB

Nº REGISTRO 03138194186 VALIDEZ 11/12/2022 1ª EMISSÃO 19/12/2003

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1548991117

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOÃO PESSOA, PB

DATA EMISSÃO
12/12/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
PARAÍBA

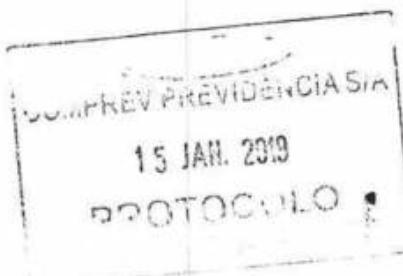
60848359803
PB035875143

SUPLÍCIO PREVIDÊNCIA S.A.
15 JAN. 2019
PROTOCOLO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/06/2021 14:26:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061614262844800000042402684>
Número do documento: 21061614262844800000042402684

Num. 44604805 - Pág. 64



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/06/2021 14:26:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061614262844800000042402684>
Número do documento: 21061614262844800000042402684

Num. 44604805 - Pág. 65

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA
SÉRIE NACIONAL DO CADÚCUM S/N

P B

PAULO PEREIRA DE LIMA

DOC. N° 2733201 / EXP. N° 047.313.864-62 / 01/02/1982

NOME: JOSE PEREIRA DE LIMA
MÁRCIA MARIA JOSÉ CRISTIANO DE LIMA

NASCIMENTO: 03/13/1941 / MUNICÍPIO: 11/12/2022 / 1ª INSCRIÇÃO: 19/12/2003

VALIDADA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1548991117

PLASTICADO

1548991117

JOÃO PESSOA, PB

12/12/2017

50848359603
PB035878143

PARAÍBA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
PROVIDÊNCIA S/A.
22 ABR. 2019
PROTOCOLO





P
B

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DIRETÓRIO NACIONAL DE TRABALHO
CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: PAULO PEREIRA DE LIMA

DOC. IDENTIFICAÇÃO / CRM: 2733201 SEP PB

CPF: 047.313.864-52 DATA NASCIMENTO: 01/02/1982

PAIS: JOSE PEREIRA DE LIMA MARIA JOSE CRISTIANO DE LIMA

PERMISSÃO: ACC CICLAM AB

REGISTRO: 03138194186 VALIDEZ: 11/12/2022 1ª INSCRIÇÃO: 19/12/2003

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1548991117

PROIBIDO PLASTIFICAR

Local: João Pessoa - PB
 Assinatura do Portador:

Local: JOÃO PESSOA, PB
 Assinatura do Portador:
1548991117
 PARAÍBA

DATA EMISSÃO: 12/12/2017
 60848359803
 PB035875143

COMPREV
 COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A
 03 JUN. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 PROTOCOLO

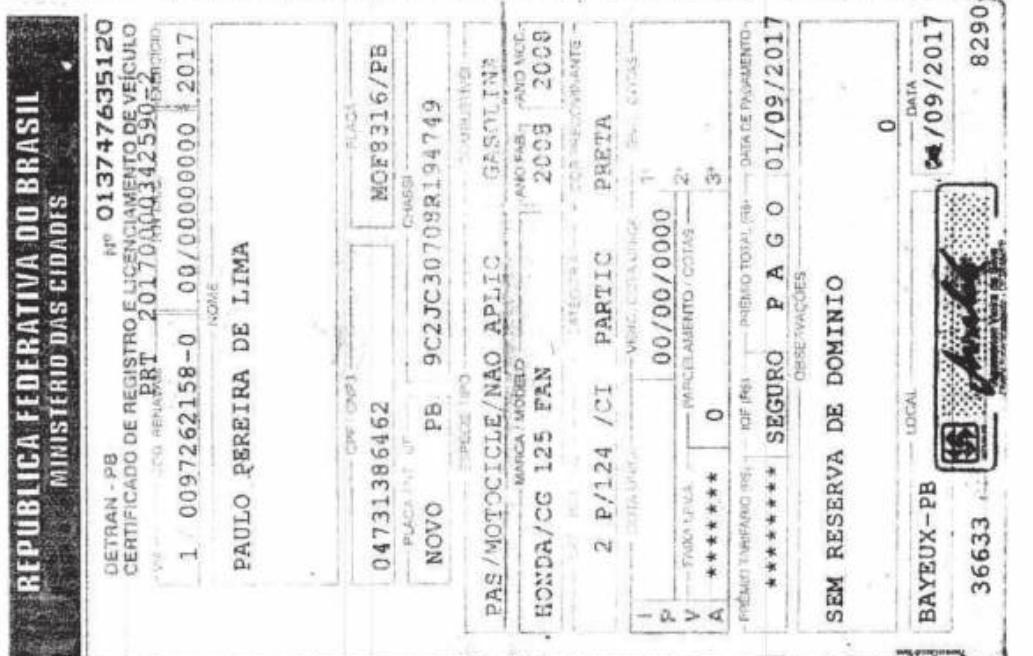




COMPREV
COMPREV SEGUROSE PREVIDÊNCIAS/A
03 JUN. 2019

PROJETO
AG. JOÃO PESSOA





REVIEWS

15 JAN 2019

ESTD. 1940



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DETTRAN - PB		Nº 013747635120		
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO				
VIA:	CDR RENAVAM	PRT	20170000342590-2	
1	0097262158-0	00/00000000	2017	
NOME				
PAULO PEREIRA DE LIMA				
CPF / CNPJs		PLACA		
04731386462		MOF8316/PB		
PLACA ANT. / AT.		CHASSI		
NOVO		PB 9C2JC30708R194749		
ESPECIE / TIPO		COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC		GASOLINA		
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.	
HONDA/CG 125 FAN		2008	2008	
CAP / POT / OIL		CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2 P/124 /CI		PARTIC	PRETA	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	VENC. / COTAS	
I		00/00/0000	1*	
P			2*	
V	FALHA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	3*	
A	*****	0		
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		ICP (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
*****		SEGURO	PAGO	01/09/2017
OBSERVAÇÕES				
SEM RESERVA DE DOMÍNIO				
				0
LOCAL		DATA		
BAYEUX-PB		01/09/2017		
36633		8290		



19 MAR. 2019

COMPREV
SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PB N° 013747635120
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA CGC/RENAVAM PRT 20170000342590-2
1 0097262158-0 00/00000000 2017
NOME
PAULO PEREIRA DE LIMA
CPF/CNPJ 04731386462 PLACA MOF8316/PB
PLACA ANTO/UR NOVO PB CHASSI 9C2JC30708R194749
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA
MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008
CAT. POT / CLE 2 P/124 /CI CATEGORIA PARTIC COR-PREDOMINANTE PRETA
COTA UNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS 1^a
FAIXA IPVA 00/00/0000 2^a
***** 0 3^a
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÉMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURADO 01/09/2017
OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

BAYEUX-PB



DATA 01/09/2017

8290

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1548991117

NOME PAULO PEREIRA DE LIMA

DOC. IDENTIDADE / CGC FAMÍLIA CR
2733201 SEP PB
CPF 047.313.864-62 DATA NASCIMENTO 01/02/1982INSCRIÇÃO
JOSE PEREIRA DE LIMA
MARIA JOSE CRISTIANO
DE LIMA

PERMISSÃO ACC CALMA PDI

Nº PROG.RIO 03138194186 VALIDADE 11/12/2022 1ª HABILITAÇÃO 19/12/2003

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Detran
ADMISTRAÇÃO DO PORTADOR

LOCAL JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO 12/12/2017

60848359803
PB035875143

PARAÍBA

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB N° 013747635120 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

30/08 0 00511 30 10 00000000 DATA EMISSÃO
2017 01/09/2017

WA 1 04731386462 CPF/CNPJ 013747635120 PLACA
RENAVAM 00972621580 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN
ANO FAB. 2008 QUITANTE 9 CHASSI 9C2JC30708R194749
COR 1^a
PRÉMIO TARIFÁRIO
FMS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****
CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A PAGAR PELA COBERTURA (R\$)
***** SEGURADO PAGO
PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
S QOTA ÚNICA PANCELADO 01/09/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.949.608/0001-04

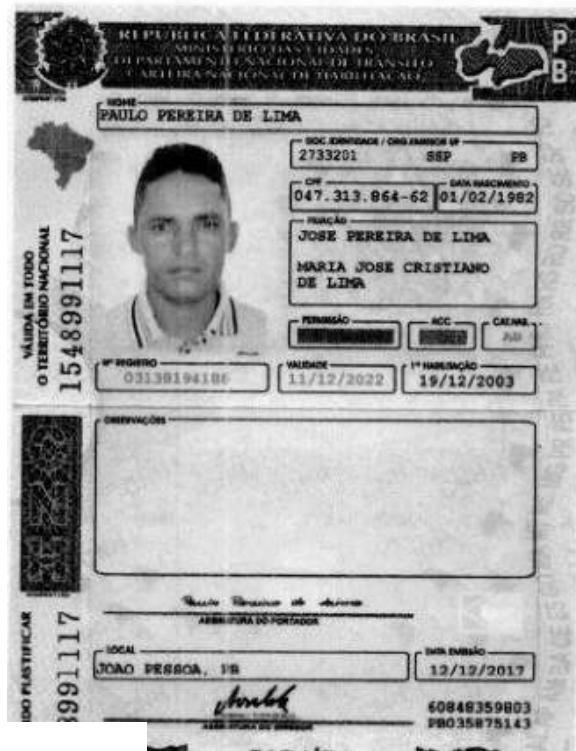
Nº 013747635120

8290-1151565-20170901

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

22 ABR. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

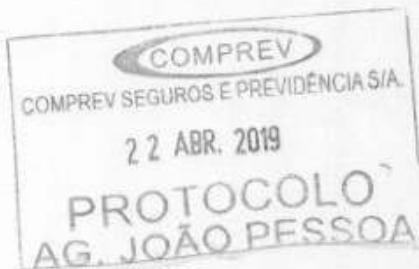
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/06/2021 14:26:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061614262844800000042402684>

Número do documento: 21061614262844800000042402684

Num. 44604805 - Pág. 72

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO					
			MOF8316		
			2019		
*****			Imprimir Consulta		
PASSA / MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN	GASOLINA	MOF8316	Último Licenciamento: 2019 Proprietário: ***** Placa: MOF8316 Combustível: GASOLINA Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA Ano de Fabricação: 2008 Ano Modelo: 2008 Categoria: PARTICULAR Cor Predominante: PRETA Vencimento Licenciamento: 30/08/2019 Observação: Restrição: Financeira: Município: BAYEUX Situação: EM CIRCULACAO Data da Consulta: 18/04/2019	2008	2008
PARTICULAR PRETA 30/08/2019					
BAYEUX	18/04/2019				



18/04/2019 14:25



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/06/2021 14:26:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061614262844800000042402684>
Número do documento: 21061614262844800000042402684

Num. 44604805 - Pág. 73

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO	
	MOF8316
2019	
*****	Imprimir Consulta
PASSA / MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN	MOF8316 GASOLINA 2008 2008 PARTICULAR PRETA 30/08/2019
BAYEUX	Último Licenciamento: 2019 Proprietário: ***** Placa: MOF8316 Combustível: GASOLINA Marca/Modelo: HONDA/CG 125 FAN Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA Ano de Fabricação: 2008 Ano Modelo: 2008 Categoria: PARTICULAR Cor Predominante: PRETA Vencimento Licenciamento: 30/08/2019 Observação: Restrição: Financeira: Município:BAYEUX Situação: EM CIRCULACAO Data da Consulta:29/05/2019
	29/05/2019



29/05/2019 11:07



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/06/2021 14:26:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061614262844800000042402684>
 Número do documento: 21061614262844800000042402684

Num. 44604805 - Pág. 74

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB Nº 013747635120
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO
PRT 20170000342590-2
1 0097262158-0 00/00000000 2017

NOME
PAULO PEREIRA DE LIMA

CPF/CNPJ PLACA
04731386462 MOF8316/PB
PLACANTE CHASSI
NOVO PB 9C2JC30708R194749

TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

MARCA MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN 2008 2008

CAT. PCT. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/124 /CI PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VELOC. COTA ÚNICA VENC. COTA
IP 00/00/0000 1º
VA ***** 0 2º
A ***** 3º

PRÉMIO TARIFÁRIO (RS) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURADO 01/09/2017
OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

BAYEUX-PB LOCAL DATA
36633 01/09/2017 8290

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013747635120 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

SUJEITO DATA DE EMISSÃO - EXPIRAÇÃO
2017 01/09/2017

VIA 1257-03 OFICINA 00972621580 PLACA
04731386462 MOF8316/PB
RENAVAM HONDA/CG 125 FAN
ANO FAB. 2008 CAT. PCT. 9 9C2JC30708R194749

PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNB (RS)	DESENTRAL (RS)	CUSTO DO SEGURO (RS)
*****	*****	*****
CUSTO DO BILHETE (RS)		TOP (RS)
*****		SEGURADO PAGO
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	01/09/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CRPF 0012488000001-04

8290-1151565-20170901

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CORTE NACIONAL DE TABELAS MÍTICAS

PAULO PEREIRA DE LIMA

DOC. JURIDICO - CÓD. SÉRIE: 2733201 SSP PB
CPF: 047.313.654-62 DATA NASCIMENTO: 01/02/1982

PAI: JOSE PEREIRA DE LIMA,
MÃE: MARIA JOSE CRISTIANO
DE LIMA

PERMISSÃO ACC CALMA AM

IP: 154899117 VALIDADE: 19/12/2003 1ª HABILITAÇÃO: 19/12/2003

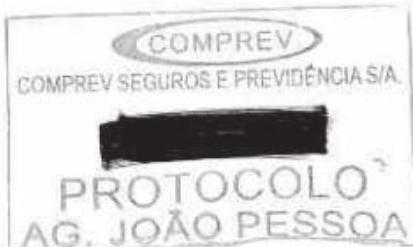
DESCRIÇÃO:

Assinatura do Portador
Assinatura do Portador

Local: JOÃO PESSOA, PB DATA: 12/12/2017

Assinatura do Portador
Assinatura do Portador

DO PLASTICAR 99117 PARAÍBA



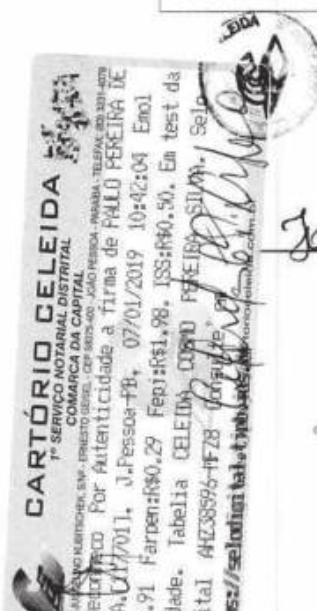
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Paulo Pereira de Lima,
brasileiro(a), estado civil união estabelecida profissão
Professor, CI RG nº 2733201,
CPF/MF nº 047.313-864-62 residente e domiciliado(a) à Rua
Projeta da, nº 8 Centro,
Cidade de Luz do Espírito Santo, Estado
Paraíba, CEP: 58337-000, telefone
83-98663-4900, 99105-5363.

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 Av. Maria Rosa, 58,
Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

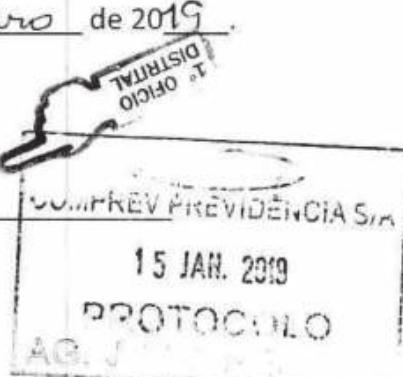
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para:
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações
por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar
o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias
necessárias e apresentar documentos 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 Resende, 07 de Janeiro de 2019.

Paulo Pereira de Lima

OUTORGANTE



PROCURAÇÃO

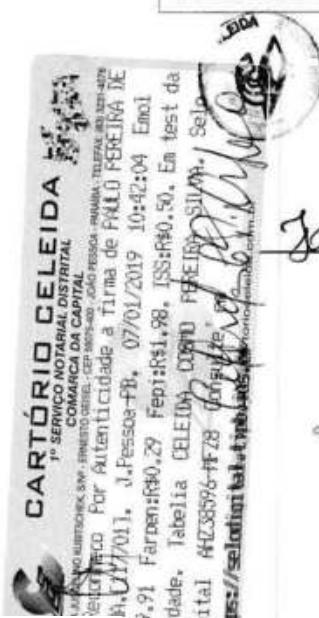
OUTORGANTE:

Paulo Pereira de Lima,
brasileiro(a), estado civil união estabelecida profissão
Professor, CI RG nº 0733201,
CPF/MF nº 047.313-864-62 residente e domiciliado(a) à Rua
Projeta da, 08 Centro,
Cidade de Luz do Rio-Pinto Santo, Estado
Paraíba, CEP: 58337-000, telefone
83-98663-4903, 99105-5263.

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 Av. Maria Rosa, 58,
Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

Data do Sinistro: 27/01/2018 Natureza: Invalidez

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.



José Ribeiro, 07 de Janeiro de 2019.

Paulo Pereira de Lima

OUTORGANTE



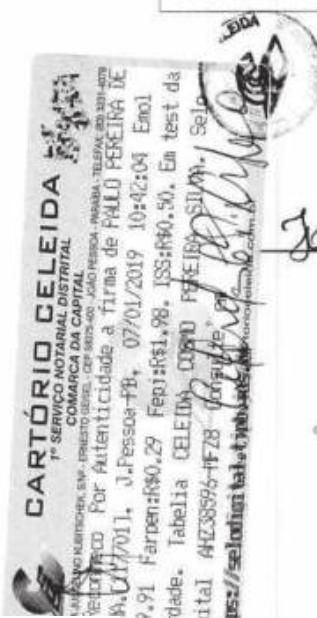
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Paulo Pereira de Lima,
brasileiro(a), estado civil união estabelecida profissão
Professor, CI RG nº 2733201,
CPF/MF nº 047.313-864-62 residente e domiciliado(a) à Rua
Projeta da, nº 8 Centro,
Cidade de Luz do Espírito Santo, Estado
Paraíba, CEP: 58337-000, telefone
83-98663-4900, 99105-5363.

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 Av. Maria Rosa, 58,
Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

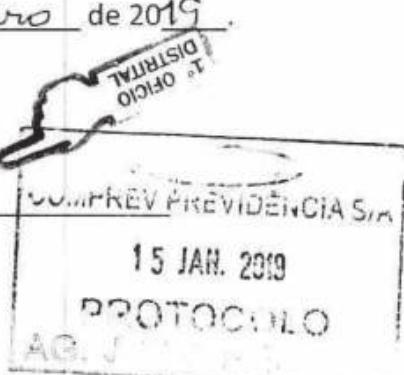
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para:
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações
por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar
o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias
necessárias e apresentar documentos 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 Resende, 07 de Janeiro de 2019.

Paulo Pereira de Lima

OUTORGANTE



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Paulo Pereira de Lima, brasileiro(a), estado civil únio estabelecido profissão Professor, CI RG nº 0733201, CPF/MF nº 047.313.864-62 residente e domiciliado(a) à Rua Projetação, 08 Centro, Cidade de Luz do Rio-Pinto Santo, Estado Paraíba, CEP: 58337-000, telefone 83-98663-4903, 99105-5263.

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 Av. Maria Rosa, 58, Manaira, 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.

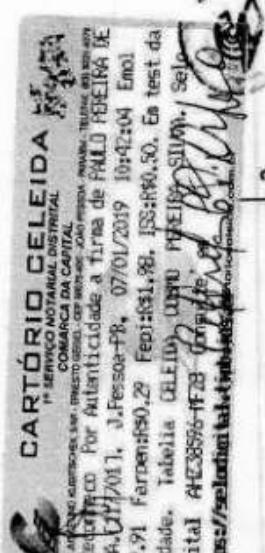
COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

22 ABR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa, 07 de Janeiro de 2019.



Paulo Pereira de Lima

OUTORGANTE

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

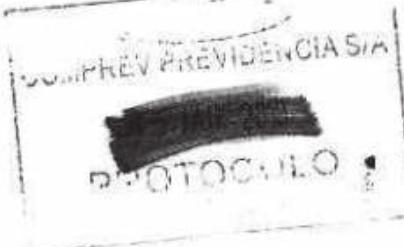
PROTOCOLO

AG.





COMPREV
COMPREV SEGUROSE PREVIDÊNCIAS/A
03 JUN. 2019
PROJETO
AG. JOÃO PESSOA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0135074/19

Vítima: PAULO PEREIRA DE LIMA

CPF: 047.313.864-62

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/01/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Titular do CPF: PAULO PEREIRA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

PAULO PEREIRA DE LIMA : 047.313.864-62

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/04/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/04/2019
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE
CPF: 930.630.914-72

ALEXANDRA CESAR DUARTE

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/06/2021 14:26:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061614262844800000042402684>
Número do documento: 21061614262844800000042402684

Num. 44604805 - Pág. 81

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092906/19

Vítima: PAULO PEREIRA DE LIMA

CPF: 047.313.864-62

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/01/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Titular do CPF: PAULO PEREIRA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

PAULO PEREIRA DE LIMA : 047.313.864-62

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/03/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

ALEXANDRA CESAR DUARTE

RENATO LUNA DIAS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/06/2021 14:26:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061614262844800000042402684>
Número do documento: 21061614262844800000042402684

Num. 44604805 - Pág. 82

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0187027/19

Vítima: PAULO PEREIRA DE LIMA

CPF: 047.313.864-62

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/01/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Titular do CPF: PAULO PEREIRA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

PAULO PEREIRA DE LIMA : 047.313.864-62

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/06/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/06/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/06/2021 14:26:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061614262844800000042402684>
Número do documento: 21061614262844800000042402684

Num. 44604805 - Pág. 83

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0016371/19

Vítima: PAULO PEREIRA DE LIMA

CPF: 047.313.864-62

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/01/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Titular do CPF: PAULO PEREIRA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

PAULO PEREIRA DE LIMA : 047.313.864-62

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/01/2019
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2019
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

ALEXANDRA CESAR DUARTE

MARCELA DO CARMO DE LIMA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/06/2021 14:26:29
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061614262844800000042402684>
Número do documento: 21061614262844800000042402684

Num. 44604805 - Pág. 84



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 15^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08400015020198152001

BRADESCO SEGUROS 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 **PAULO PEREIRA DE LIMA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DA AUSÊNCIA DE COBERTURA

PROPRIETÁRIO INADIMPLENTE

No caso trazido à baila, conforme se extrai da documentação acostada aos autos, a parte autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, estando a categoria daquele englobada pelo Consórcio DPVAT, à inteligência do art. 38 da Resolução do CNSP nº 332/2015.

Contudo, é cristalino que a parte autora não preenche os requisitos necessários para ser indenizada, em razão da mora do pagamento do Seguro DPVAT. Assim, não há em que se cogitar cobertura securitária para o caso concreto, conforme Resolução 332/2015, em seu art. 17, §2º.

Como qualquer outro seguro, o DPVAT é um contrato aleatório, onde a seguradora, mediante uma contraprestação pecuniária, assume a responsabilidade de indenizar o segurado na hipótese de ocorrido o sinistro.

Perceba Exa., que a parte Autora é proprietária do veículo causador das lesões pelas quais é pleiteada a indenização pelo Seguro DPVAT, entretanto, não houve o pagamento do ano civil do acidente 2018, vejamos:

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/06/2021 14:26:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061614262955500000042402688>
Número do documento: 21061614262955500000042402688

Num. 44604809 - Pág. 1

Sua busca por placa: MOF8316 UF: PB CATEGORIA: 09*

	Exercício	Valor Pago	Situação	Declaração de Pagamento
[+]	2019	R\$84,58	Quitado	
[+]	2017	R\$185,50	Quitado	
[+]	2016	R\$292,01	Quitado	
[+]	2014	R\$292,01	Quitado	
[+]	2013	R\$292,01	Quitado	
[+]	2012	R\$279,27	Quitado	
[+]	2011	R\$279,27	Quitado	
[+]	2010	R\$255,14	Quitado	
[+]	2009	R\$259,04	Quitado	
[+]	2008	R\$148,82	Quitado	

(*) Motocicleta

Por certo, o inadimplemento por parte dos proprietários de veículos, gera um desequilíbrio no provisionamento, ao passo que a seguradora não recebeu o pagamento que lhe era devido. Assim, a ausência de quitação do prêmio, inviabiliza a manutenção regular do contrato, ensejando um aumento nos valores do prêmio, a fim de harmonizar o balanço atuarial da seguradora, onerando os demais proprietários.

Ademais, se deve frisar o caráter social do Seguro DPVAT, evidenciado pela destinação do prêmio pago pelos proprietários de veículos automotores. Digno de destaque, que o valor pago a título de prêmio é rateado de forma que 45% dos valores arrecadados são direcionados ao Fundo Nacional de Saúde – FNS, para custeio de tratamento de vítimas de acidente na rede pública, no Sistema Único de Saúde-SUS e 5% são destinados aos programas educativos que buscam prevenir a ocorrência de novos acidentes, através do DENATRAN.

Frisa-se que a ausência de pagamento pelo proprietário gera um prejuízo a toda sociedade, na medida, em caso de inadimplência do seguro, os valores não são repassados aos programas sociais, programa saúde pública e programas educadores de prevenção de acidentes.

Conforme antedito, o Seguro DPVAT exclui da cobertura o sinistrado, quando este for o proprietário do veículo e se encontrar inadimplente em relação ao pagamento do prêmio, quando da ocorrência do acidente. Por certo, a exclusão da cobertura restringe-se somente ao acidentado-proprietário inadimplente, mantendo-se toda a cobertura no que tange a terceiros.

É exatamente este o entendimento que ensejou a edição do verbete sumular nº 257 do STJ, posto que os casos concretos que foram julgados naquela corte tratavam de situações onde a vítima não era o proprietário do veículo, sendo, portanto, prescindível a discussão acerca do pagamento ou não do prêmio, uma vez que, indiscutivelmente, aqueles acidentados tinham direito ao recebimento da indenização.

Assim, o posicionamento do Superior Tribunal de Justiça buscou, tão somente, resguardar o direito de terceiros quando não realizado o pagamento do prêmio pelo causador do sinistro.

Portanto, feita a devida análise nos precedentes da súmula 257, STJ, quais sejam: REsp 200838/GO; REsp 67763/RJ; e REsp 144583/SP, temos que a mesma trata de situações jurídicas distintas, quando confrontado ao teor Resolução 273/2012 do CNSP, conforme quadro comparativo que segue:

RESOLUÇÃO 273 /2012 DO CNSP	SÚMULA 257, STJ
Exclui da cobertura a vítima, quando esta for proprietária do veículo causador do acidente, estando este inadimplente.	Garante o recebimento do seguro a TERCEIROS vítimas de sinistro causado por proprietário de veículo inadimplente.

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/06/2021 14:26:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061614262955500000042402688>
 Número do documento: 21061614262955500000042402688

Num. 44604809 - Pág. 2

Consigne-se, por oportuno, que a interpretação que deve ser dada à Súmula 257, STJ, corroborando com a exegese do art.7º, §1º da Lei 6.194/74^x, garante à seguradora consorciada o direito de regresso em face do proprietário inadimplente em caso de eventuais valores que se desembolsem com as vitimas de sinistros quando o evento for causado por proprietários inadimplentes.

Ora, se o §1º do art. 7º da Lei 6.194/74 prevê o direito de regresso em face do proprietário inadimplente, e houvesse condenação da Seguradora em indenizar o referido proprietário, a parte autora figuraria tanto como credora, como devedora dos valores indenizatórios. Deste modo, forçoso aplicar o instituto da compensação e a consequente extinção das obrigações, de acordo com o Art. 368 do Código Civil.

Pelo exposto, não deve ser imputada à Seguradora Ré qualquer dever de indenizar a parte autora pelos supostos danos, eis que ausentes os elementos ensejadores da obrigação indenizatória.

LAUDO INCONCLUSIVO

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

Na instrução processual, o Nobre Magistrado determinou a realização de perícia médica, a fim de apurar eventuais lesões suportadas pela parte Autora, suas respectivas extensões e o nexo de causalidade entre as supostas lesões e o acidente automobilístico narrado na exordial.

Após análise do laudo pericial de fls., realizado pelo i. *expert*, verifica-se que o **referido exame clínico é incapaz de provar o direito à indenização requerida pela parte autora, visto que não gradua corretamente e tampouco indica as LESÕES suportadas pelo periciando.**

Repita-se que o laudo pericial apresentado não deixa claro quanto à ocorrência ou não de invalidez permanente e de incapacidade laborativa decorrentes do acidente de trânsito, deixando o autor de provar que tem direito ao recebimento da indenização pleiteada.

Na hipótese, o perito **não elucida, outrossim, o percentual da redução** estabelecido na tabela anexa à Lei 6.194/74 (alteração pela Lei 11.945/09), a qual estabelece que nos casos de invalidez parcial incompleta, será realizado o enquadramento da perda anatômica ou funcional, quiçá porque o autor ainda encontra-se em tratamento ou a lesão é reversiva, incapaz de deixar sequela.

Percebe-se, portanto, que a lesão, bem como a respectiva graduação devem ser enquadradas acertadamente, sob pena de haver enriquecimento ilícito por uma das partes que receberá além do valor previsto em lei, ou mesmo ser uma delas prejudicada com o pagamento por uma lesão menor que a de fato apresentada.

Assim, **por se tratar de ônus que cabe a parte autora**, qual seja, de comprovar que restou permanentemente inválida em decorrência do acidente noticiado, quando o autor não junta aos autos documentos capazes de comprovar a lesão decorrida do acidente automobilístico, assim como é imprestável a prova pericial realizada nos autos, outra alternativa não resta a este atendo juízo, senão julgar totalmente improcedente o pedido autoral.

A jurisprudência deste Tribunal é pacífica ao inadmitir indenização quando o autor deixa de provar o ônus que lhe compete, consoante é possível aferir do julgado a seguir listado:

"PELAÇÃO. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. ÔNUS DA PROVA. Deve ser julgado improcedente o pedido de cobrança de indenização advinda do seguro obrigatório quando o autor não colaciona aos autos prova hábil do grau da incapacidade advinda da lesão permanente. Incidência da regra descrita no art. 333, I, do CPC.

(TJ-MG - AC: 10116120033158001 MG, Relator: Cláudia Maia, Data de Julgamento: 12/06/2015, Câmaras Cíveis / 14ª CÂMARA CÍVEL, Data de Publicação: 19/06/2015).

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/06/2021 14:26:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061614262955500000042402688>
Número do documento: 21061614262955500000042402688

Num. 44604809 - Pág. 3

Não é outro o entendimento do Tribunal de Goiás, *in verbis*:

"APELAÇÃO CÍVEL. AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT. ÔNUS DA PROVA. FATO CONSTITUTIVO DO DIREITO DO AUTOR NÃO DEMONSTRADO. IMPROCEDÊNCIA DO PEDIDO EXORDIAL. PERÍCIA DESIGNADA. NÃO COMPARATECIMENTO DO AUTOR. 1- À medida do grau de interesse das partes em comprovar seus fundamentos fáticos, o Código de Processo Civil dividiu o ônus probatório: toca ao autor o ônus de provar o fato constitutivo de seu direito; ao réu, os fatos impeditivos, modificativos e extintivos. 2- Não tendo o autor comprovado o fato constitutivo do seu direito, a improcedência do pedido exordial é medida que se impõe. 3- Regularmente designada perícia médica e, não tendo o autor diligenciado no sentido de comparecer, mesmo regularmente intimado, configura-se seu desinteresse processual na produção de prova que lhe competia. 4 APELAÇÃO CÍVEL CONHECIDA, MAS DESPROVIDA. (TJGO, Apelação Cível nº 01362644320158090011, 4ª Câmara Cível, Relatora: Des. Elizabeth Maria da Silva, Julgado em 15/09/2016)."

Portanto, não tendo a parte autora se incumbido de provar fato constitutivo de seu direito, ônus este que lhe cabe, deve a presente demanda ser julgada **IMPROCEDENTE**, com fulcro no art. 487, I, do Código de Processo Civil.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 14 de junho de 2021.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A**

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 16/06/2021 14:26:30
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21061614262955500000042402688>
Número do documento: 21061614262955500000042402688

Num. 44604809 - Pág. 4