



Número: **0823150-33.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 5.400,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DERIVALDO LUCIANO DE LIMA (AUTOR)		MARTINHO CUNHA MELO FILHO (ADVOGADO) HERIKA COELI DA SILVA CLEMENTINO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
42387303	28/04/2021 12:22	Petição	Petição
42387307	28/04/2021 12:22	2662614_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos
42387311	28/04/2021 12:22	2662614_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos

ANEXO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 11ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08231503320198152001

MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA 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 **DERIVALDO LUCIANO 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:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 26 de abril 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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/04/2021 12:22:40
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042812223960400000040332215>
Número do documento: 21042812223960400000040332215

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2017

Carta nº: 10522919

A/C: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170091258 ASL-0053166/17
Vitima: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA
Data Acidente: 19/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IRANILDO MUNIZ CLAUDINO

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à COMPREV SEGURADORA S/A onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00459/00460 - carta_01



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2017

Carta nº: 10646041

A/C: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

Sinistro: 3170091258 ASL-0053166/17
Vítima: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA
Data Acidente: 19/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IRANILDO MUNIZ CLAUDINO

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00865/00866 - carta_02



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2017

Carta nº: 10733588

A/C: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

Sinistro: 3170091258 ASL-0053166/17
Vitima: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA
Data Acidente: 19/10/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: IRANILDO MUNIZ CLAUDINO

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

Prezado(a) Senhor(a),

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

Creditado: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000000922

Conta: 0000054125-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros
dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$	675,00
--	-----	--------

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

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01975/01976 - carta_15R





Seguradora

DOCUMENTO 1 "T1%"



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

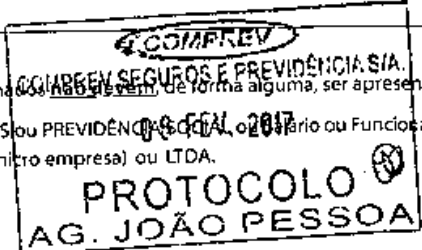
EU, DERIVALDO LUCIANO DE LIMAPORTADOR(A) DO RG Nº 2.872.483EXPEDIDO POR SSP/PBEM 11/04/01 ECPF 043549614-29 / CNPJ 000000000-00000-00

PROFISSÃO RECURSOR - SE
E RENDA MENSAL DE R\$ RECURSOR - SE NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA DERIVALDO LUCIANO DE LIMA, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL, do Cartão ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 09322 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00054125-1

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa, 10 de NOVEMBRO de 2016 X Derivaldo Luciano de Lima

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/04/2021 12:22:41

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2104281222408600000040332219>

Número do documento: 2104281222408600000040332219





SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
5ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DA COMARCA DE SAPÉ/PB
TELEFONE: 3283-5949

NATUREZA DA OCORRÊNCIA; ACIDENTE DE MOTO

REGISTRO DE OCORRÊNCIA Nº 1614/2016

(Acidente de Motocicleta)



Aos (25) dias do mês de Outubro do ano de dois mil e dezesseis, nesta cidade de Sapé/PB, e nesta Delegacia de Polícia Civil, presente o Delegado de Polícia Civil, Dr. **FREDERICO CLAUDIO DE MELO MAGALHAES** juntamente comigo, escrivão de seu cargo, aí por volta das 10h25min, compareceu, **DERIVALDO LUCIANO DE LIMA, RG; 2872483/PB, -SSP/SP**, brasileiro, solteiro, natural de Sobrado/PB, com 37 anos de idade, nascido aos 25/02/1979, Atendente, filho de José Luciano de Lima e de Maria das Neves Cardoso, residente na rua Augusto Vieira - 155- Centro- Sapé-PB. (Tel.986110196) O QUAL PRESTOU A SEGUINTE OCORRÊNCIA: QUE no dia 19/10/16, por volta das 14:40m, fora vítima de um acidente quando conduzia uma Moto de MARCA HONDA CG-160-TITAN- EX, DE COR BRANCA- DE PLACA OEX3971/PB, ANO 2015/1016- CHASSI 9C2KC2210GR025551 de propriedade do senhor CARLOS EDUARDO DE SOUZA LIMA-RG; 4180019-SSP/PB. QUE nas proximidades da rua Raniere Mazzile, próximo a Pizaria Dinapolis, o mesmo colidiu na trazeira de um veículo que não sabe identificar os dados do mesmo; QUE após o ocorrido, o mesmo fora socorrido por populares daquela localidade para o Hospital Trauminha em Mangabeira; QUE o declarante sofrera lesões e fora cirurgiado no quarto dedo da mão direita, conforme Laudo apresentado nesta Delegacia de Policia. Ciente o notificante das implicações legais contidas no Artigo 299 (Falsidade Ideológica) do Código Penal, depois de lido e achado conforme subscreve o presente.



Sapé, 25 de Outubro de 2016.

NOTICIANTE

01



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, DERIVALDO LUCIANO DE LIMA, portador da carteira de identidade nº 2.878.483 - PB e inscrito no CPF/MF sob o nº 047.542.614-29, residente e domiciliado na RUA AUGUSTO VIGIA, 155, CENTRO, Cidade SAPE, Estado PARAIBA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

DOCUMENTO 2 "T2%"

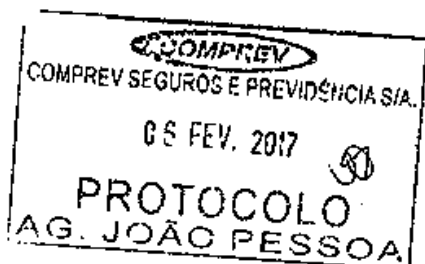


X Derivaldo Luciano de Lima

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

JOÃO PESSOA, 10/11/2016.

Local e data



02



Ata declaratório

MUNICÍPIO DE JOAO PESSOA
 PLETO HOSPITALAR MANGABEIRA

G. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N

6-3844 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

6-3844-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 897349

Atd: Nao Regulado

Data: 19/10/2016

Hora: 14:52:06

Recepcionista: CRISTIANE DE FRANCA FLORES

Clinica: CIRURGICA

OS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2016.10.001890

o: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

209668053420002 Sexo: M IDENTIDADE: 2872483 Fone: 986110196

uram: SOBRADO/PB Data Nasc.: 25/02/1979 Id: 37 ano(s)

1: RUA ARISTACO PESSOA, 161RG (PB) ATENDENTE DE TELEMARTING

lito: JAGUARIBE -Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

1: JOSE LUCIANO DE LIMA

2: MARIA DAS NEVES CARDOSO

upação: ATENDENTE SEM ESPECIFICACAO

FORMACOES DE ENTRADA

1: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

Doc. Responsavel: 986110196 / IDENTIDADE: 2872483

Ocedência: OUTRO LOCAL DO ACIDENTE

ransporte utilizado: PCTE VEIO EM VEICULO DETECIROS VITIMA DE COLISAO

itima de acidente por: DE MOTO X CARRO NO CRISTO PROX A PIZZARIA

itima de violência por: LIS AS 14:40 CONDUTOR M COMPLETO (SIC PCTE)

Caso Policial

RE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

lpo de Classificação de Risco:

A: FR:

C: TP:

eso: Altura:

licemia: IMC:

Al: Abd: O2%:

Queixa Principal

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave

☐ Politraumatizado ☐ Convulsao

☐ Hemorragia ☐ Dispineia

☐ Diarreia ☐ Agitado

☐ Regular ☐ Chocado

☐ Vômito

Observacao

Colisao moto e carro paciente apresentando contusões em membros inferiores + escoriações em M.D.

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) Acidente de moto c/ trauma em mão D e perna D. Ao exame: ferimento contuso no 3º e 4º dedos da mão e dor em perna D.

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

1º atendimento
 2º RX de mão/perna
 3º Avaliação de ortopedia
 Defundado a 4000
 c/ deob em moto



e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

a) Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

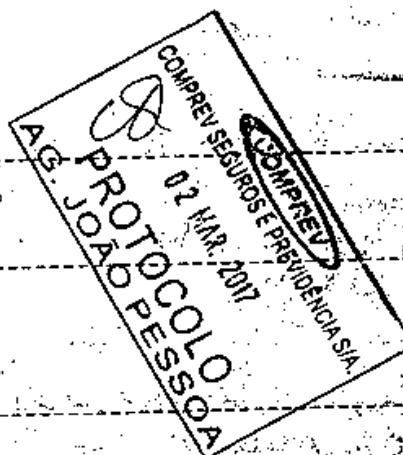
PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico



LEGAL JOSE COSTA DA SILVA
6-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
(83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-29
Atendimento: CRISTIANO DE FRANCA ELO
Clínica: CIRURGICA

USUÁRIO: PACIENTE
Num. de vezes atendido: 1
Num. Prontuário: 2016.10.001890
6- DERIVALDO LUCIANO DE LIMA
208668053120002 Sexo: M IDENTIDADE: 2872483 Fone: 986110196

Local: SOBRADO/PB Data Nasc.: 25/02/1979 Id: 37 ano(s)
RUA ARISTACO PESSOA, 161RG (PB) ATENDENTE DE TELEMARTING

Erro: JAGUARIBE Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

1- JOSE LUCIANO DE LIMA

2- MARIA DAS NEVES CARDOSO

3- ATENDENTE SEM ESPECIFICACAO

FORMACOES DE ENTRADA

1- DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

Loc. Responsavel: 986110196 / IDENTIDADE: 2872483

Ocorrência: OUTRO LOCAL DO ACIDENTE

Transporte utilizado: PCTE VEIO EM VEICULO DETECEIROS VITIMA DE COLISAO

Local de acidente por: DE MOTO X CARRO NO CRISTO PROX A PIZZARIA DINAM

Local de violência por: LIS AS 14:40 CONDUTOR M COMPLETO (SIC PCTE)

1- Caso Policial

2- CONSULTA

3- Tipo de Classificação de Risco:

FR:

TP:

Altura:

IMC:

O2%:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem	☐ Grave
☐ Politraumatizado	☐ Convulsao
☐ Hemorragia	☐ Dispnéia
☐ Diarreia	☐ Agitado
☐ Regular	☐ Chocado
☐ Vômito	

Observacao

Colisao moto e carro paciente apresentando lesões em membros de M.D. + escoriações em M.E.D.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) Acidente de moto c/ trauma em mão D e perna D. Ao exame: ferimento corto-contuso no 3º e 4º dedos do pé e dor em perna D.

Diagnostico: Ortopedia

Prescrição: Setor de a 4000

exposto

cd: An M.

Dr. Helsony O. M. Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CNS: 52041627784149

Dr. Roberto Chaves
Medicina
CRM-PB 10011



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

[illegible]

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência	☐ Transferido	☐ Desistência
☐ Alta a pedido	☐ Enfermaria	Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
02 MAR. 2017
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 22/03/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

BANCO: 104

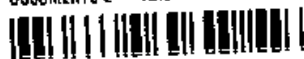
AGÊNCIA: 00922

CONTA: 000000054125-1

Nr. da Autenticação 7BFC737D6BE89E81



DOCUMENTO 2 '12%'



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

RG nº 2.872.483, data de expedição 17/04/01 Órgão SSP/PB

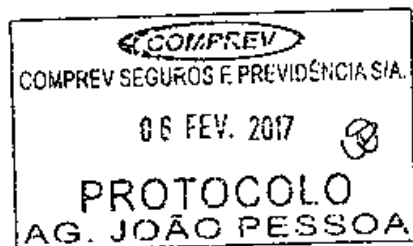
CPF nº 047.542.614-29, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA AUGUSTO VIEIRA</u>
Número	<u>155</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>SAPÉ</u>
Estado	<u>PARNÁ</u>
CEP	<u>58340-000</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 98890-4343 / 98611-0196</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA, 10/11/2016

Assinatura do Declarante: K Derivaldo Luciano de Lima



JOSE LUCIANO DE LIMA
RUA ALDO S. P. PERA 126 CENTRO
SAPE PR 85000-000

CASSIA E. L. RESIDENCIAL RESIDENCIAL MONOPASCO 0-200 100 20-Conto Residencial João Pessoa/PB, CEP: 55071-600
Roteiro: 1015145-6542 Referência: Out/2016 CNPJ 08 085 103 0001-49 Inscrição: 13016 020-0
Número: 000011421 Emissão: 06-10-2016

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA
RUA FISCAL/Conta de Energia Mensal Nº 00013294
Código para O.D.B.H. Autenticação: 8000011408
Acesso: www.energisa.com.br

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196

Conta referente a UC (Unidade Consumidora): 6/65140-6

Out/2016

Apresentação

05/10/2016
Data prevista da próxima leitura

04/11/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

Cartão de contato

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
06 FEV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
07/06/2016	04/10/2016	4873	106	78
Faturas em atraso				
14/06/2016	07/06	Descrição	Quantidade	Preço
		CONTA DE ENERGIA	40	64,22
		CONTA DE ENERGIA		25,87
		CONTA DE ENERGIA		0,00
		CONTA DE ENERGIA		4,22
		CONTA DE ENERGIA		5,47
		CONTA DE ENERGIA		1,57
		CONTA DE ENERGIA		1,43
		CONTA DE ENERGIA		0,26

Histórico de Consumo (kWh)

Set/16	102
Ago/16	121
Jul/16	137
Jun/16	170
Mai/16	141
Abr/16	148
Mar/16	141
Fev/16	145
Jan/16	141
Dez/15	143
Nov/15	141
Out/15	142

BASE DE C.A.T.C.O.	A.C.T.C.O.	A.C.T.C.O.
CONTA DE ENERGIA	24,12	24,12
CONTA DE ENERGIA	24,12	24,12
CONTA DE ENERGIA	24,12	24,12
CONTA DE ENERGIA	24,12	24,12

VENCIMENTO 13/10/2016 **TOTAL A PAGAR** R\$ 105,62

aa70.65be.6e6d.a79d.df2c.8995.b5ed.2e20.

Indicadores de Qualidade 7/2016-Set

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC MENSAL	1,20	
DC TRAFEGAR	14,73	
DC ANUAL	28,06	
FC MENSAL	2,81	
FC TRAFEGAR	7,72	
FC ANUAL	14,45	
DVD	4,14	
DCR	17,77	

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Out da Energia	24,47	23,32
Serviços de Energia	25,87	24,45
Serviços de Transmissão	1,59	1,50
Serviços de Distribuição	0,00	0,00
Serviços de Manutenção	43,25	40,73
Serviços de Outros	0,00	0,00
Total	105,62	100,00

ATENÇÃO

- REATOS DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima mencionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 20/10/2016. Conforme Resolução nº 14 da ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possibilidade de suspensão do fornecimento, caso o mesmo não seja comunicado ou as contas pagas não estejam em dia. Unidade consumidora por a comunicação. Caso já tenha efetuado o pagamento das faturas, a(s) acima mencionada(s) não será(ão) considerada(s) para a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.

PARABÁ

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

Roteiro 1 - 57-40-8840
Matrícula 65140-2016-10-9

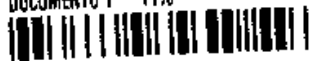
13/10/2016

R\$ 105,62

83650000001-0 05620054000-5 00651402016-0 10900510018-2



DOCUMENTO 1 "T1%"

COMPREV
EV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 FEV. 2017



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOAEu, IRANILDO MUNIZ CAUDINO

RG nº 528661, data de expedição 10/09/15, Órgão SSP/PB, CPF nº 203.725.824-00 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA ORESTES LISBOA</u>
Número	<u>408</u>
Apto / Complemento	<u>SALA 04</u>
Bairro	<u>PEDRO GONDIM</u>
Cidade	<u>JOÃO PESSOA</u>
Estado	<u>PARAIBA</u>
CEP	<u>58031-090</u>
Telefone de contato	<u>(83) 98890-4343</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: JOÃO PESSOA, 10/11/16Assinatura do Declarante: 

32



13



DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

08 FEV. 2017



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 de todas as 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 e documentos requisitados 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 IRANILDO MUNIZ CLAUDINO, portador(a) do

RG nº 528661, expedido por SSP/PB, em

10/10/15, CPF/CNPJ nº 203.725.824-00,

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) DENIVALDO

LUCIANO DE LIMA do sinistro de DPVAT da natureza INVALIDEZ

da vítima DENIVALDO LUCIANO DE LIMA, e conforme

determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: RECUSOU-SE Renda Mensal: R\$ RECUSOU-SE

Documentos comprobatórios: RECUSOU-SE

ASSINATURA – PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

34

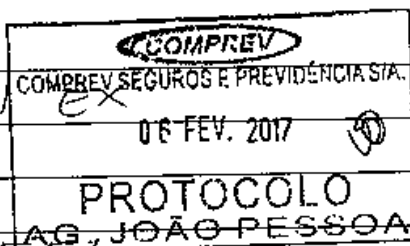




Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, CARLOS EDUARDO DE SOUZA LIMA,
 RG nº 4 180 019, Data de Expedição: 01/08/2013, Órgão: SSP/PB,
 Portador do CPF nº 115.976.784-06, com domicílio na cidade de
SAPE, no Estado de PARNÁ,
 onde resido na (Rua/Av./Est.) JOSE ALVES DA CRUZ,
 nº 26, complemento: CASA, declaro, sob as penas da Lei,
 que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
 ocorrido com a vítima DERIVALDO LUCIANO DE LIMA,
 cujo o condutor era DERIVALDO LUCIANO DE LIMA.

Veículo: PAS/MOTOCICLETA
 Modelo: HONDA CG 260 TITAN EX
 Ano: 2015
 Placa: OEX-3971
 Chassi: 9C2KC2210GR025551
 Data do Acidente: 1/1/



Local e Data: JOÃO PESSOA, 25/10/2016

Carlos Eduardo de Souza Lima
 Assinatura do Declarante

Derivaldo Luciano de Lima
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Feliciano da Silva
Serviço Notarial e Registral
 Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: CARLOS EDUARDO DE SOUZA LIMA
 Em test. de verdade. Sape-PB 25/10/2016 11:01:21
 Vendilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrevente
 (2016-004422) JEPB, RS 18, 49 TAPENAS 0:25 FEB 2017 1.70
 SELLO DIGITAL: AEB59167-02A
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiob.ins.br>

CARTÓRIO UNICO
Serequino M. Feliciano Sr.
 Substituto
 Maria de Lourdes Castro Gusmão
 Escrevente
 Av. Com. Renato Pinheiro Gusmão, 1746
 Fone: (83) 3295-2341/9313-2163
 CEP 58344-990-Sape-PB

03



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170091258 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA **Data do acidente:** 19/10/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO QUARTO QUIRODÁCTILO DIREITO.

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME APRESENTA DEFORMIDADE NA EXTREMIDADE DISTAL DO QUARTO QUIRODÁCTILO DIREITO, PSEUDOARTROSE, DOR NEURÍTICA À MANIPULAÇÃO LOCAL E LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO QUARTO QUIRODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 4º quirodáctilo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 16/03/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Fernandes de Souza

CRM do médico: 2732

UF do CRM do médico: PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: DEQUITIER MACHADO

CRM do médico: 52.93843-2

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:







CERTIDÃO

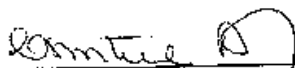
Nº. 0041/2017

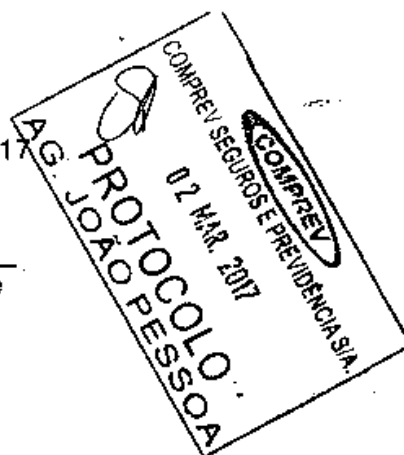
Atendendo solicitação de ADEGILSON ROBSON DOS SANTOS e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial de Nº 897349 e Prontuário Nº 2016.10.001890 pertencente à **DERIVALDO LUCIANO DE LIMA** que foi atendido dia 19/10/2016 às 14H52min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em mão e perna direitas.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem, que evidenciou fratura exposta do 4º quirodáctilo da mão direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 19/10/2016 com alta médica dia 21/10/2016.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 12 de Janeiro de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137



RELATORIO DE CIRURGIA

COMPREVE
B2 MAR. 2017
PROTOCOLO
AG JOÃO PESSOA

Dr. Helsenberg B. M. Almel
Otopedia & Otorhinolaryngologi
CRN-PB 6229
CNSI 980018277284148

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) Paciente em DD sob bloqueio
- 2) Lavagem suja
- 3) Antepsão
- 4) Lavagem limpa

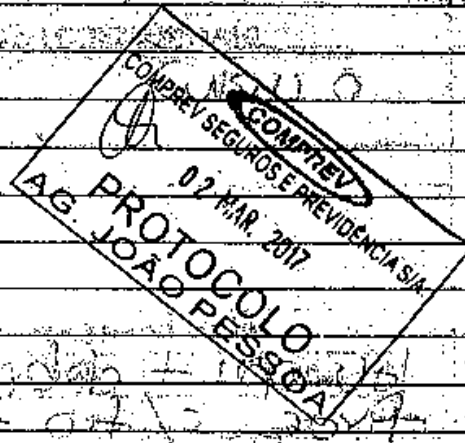
Incisão:

- 5) Debr. do m.c.
- 6) Fixação do H10 K 150 em extensão sob IV

Achados:

- 7) Ex. controlado
- 8) Art. 10
- 9) Auto
- 10)

Conduta:



Fechamento:

OBS:

Data: 10/10/16

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabara III, J585 Residência - PB





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Denivaldo Lucas</u>				Registro: <u>170300</u>	
Idade: <u>40</u>	Sexo: <u>M</u>	Cor: <u>B</u>	Clinica: <u>100</u>	EMP: <u>100</u>	DR: <u>100</u>
Data: <u>19/10/16</u>	Cirurgião: <u>Dr. Henrique</u>			1º Assistente: <u></u>	
2º Assistente: <u></u>		3º Assistente: <u></u>		Instrumentador: <u></u>	
Anestesiista: <u>Henrique</u>	Tipo Anestesia: <u>Algodão</u>			Horário: <u>12h</u>	T: <u></u>
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					
<u>Dedo em unguem exposto 4000</u>					
CID: <u></u>					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					
<u>O unguem</u>					
CID: <u></u>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					
<u>abertura + debr. clame</u>					
<u>fixac / fio t.</u>					
CID: <u></u>					
ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO					
1 () Sim 2 () Não					
BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO					
1 () Sim 2 () Não					
DESCREVA:					
<u></u>					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:					
1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

COMPREV
02 MAR. 2017
AG. PROTOCOLO
CÓDIGO
PESOA

Dr. Henrique B. M. Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB: 6229
CNS: 980018277284148



Posição e Preparo:

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

- 1) Paciente em DD sob bloqueio
- 2) Lavagem sujo
- 3) Antiseptico
- 4) Lavagem limpo

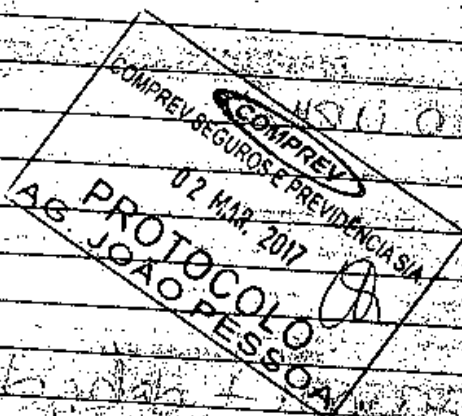
Incisão:

- 5) Debrido mento
- 6) Fixação de 1.5 cm de suturas

Achados:

- 7) Exatidão
- 8) Sujo
- 9) Sujo
- 10)

Conduta:



Fechamento:

OBS:

Data: 19.10.16

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58066-384, Mangabeira II, João Pessoa, PB.





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Denivaldo L. Lima portador(a) da
identidade RG _____, que o(a) mesmo(a)
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da
patologia CID-10 S66, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 30
trinta dias, a partir desta data.

João Pessoa 15/12/16
CNS: 98001627126418
Dr. Helton de A. M. Almeida
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

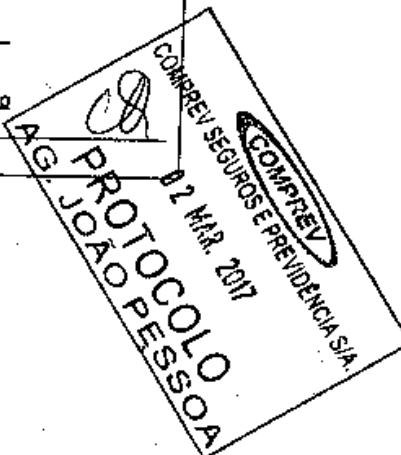
Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(*) _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

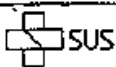
Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA: PACIENTE

2ª VIA: ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Filipe José Costa Duarte, S/N. CEP 56056-084. Mangabeira II, João Pessoa - PB.





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

Rs. 1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNEP

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

8 - TELEFONE DE CONTATO

9 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

12 - CDD. IBOE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

15 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

16 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

17 - QTD.

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

19 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

20 - QTD.

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTD.

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTD.

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTD.

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTD.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

33 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

34 - CÓDIGO PRINCIPAL

35 - CÓDIGO SECUNDÁRIO

36 - CÓDIGO CATEGORIA ASSOCIADA

37 - OBSERVAÇÕES

SOLICITAÇÃO

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

40 - DOCUMENTO

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

50 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

51 - CNEP



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 COD RENAVEN: 20160840000751
 11 0107616217-4 00/00000000 1 2016

CARLOS EDUARDO DE SOUZA LIMA

11597678406 OEX3971/PB
 NOVO PB 9C2KC2210GR025551

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL
 HONDA/CG 160 TITAN EX 2015 2016
 2 P/162 /CI PARTIC BRANCA

1PVA PAGO EM 20/01/2016
 A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

SABE - PB 14001 22/01/2016 7003781

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS E MATERIAIS POR VEICULO
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS MATERIAIS POR VEICULO
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS MATERIAIS POR VEICULO

PB Nº 012427154786 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

11597678406 OEX3971/PB
 01076162174 HONDA/CG 160 TITAN EX
 2015 9 9C2KC2210GR025551

PRÊMIO TARIFÁRIO
 SEGURO PAGO
 DATA DE DURAÇÃO 20/01/2016

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 09.246.800/0001-04
 7003781-1322527-20160122



06.FEV.2017

COMPREV
 SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO



Eu, DERIVALDO LUCIANO DE LIMA

RG 2-872.483-PB, CPF 047.542.614-29, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre em 19/10/2016 fui socorrido por CARRO PARTICULAR (TERCEIROS)

e levado ao Hospital COMPLEXO HOSPITALA MANGABEIRA

Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC - 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve ocorrência no local do acidente tão pouco foi instaurado inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou a inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para a confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro, vejamos:

"Comunicação falsa de crime ou de contravenção

Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado:

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa".

Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação/declaração falsa prestada poderá incorrer nas penas conforme o Art. 299 do código Penal Pátrio:

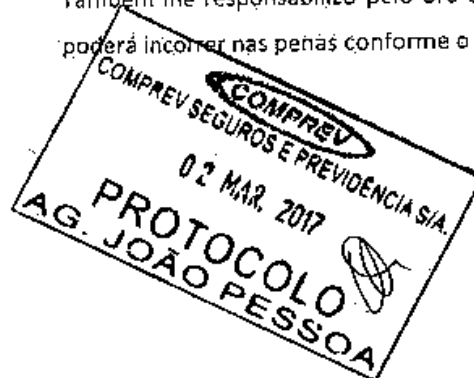
Falsidade ideológica

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público,

e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.



Local: JOÃO PESSOA UF PB Data 02/03/2016

X Derivaldo Luciano de Lima

Declarante



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170091258 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA **Data do acidente:** 19/10/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/03/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Fratura de mão direita

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou prever a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Solicito perícia médica para qualificação e quantificação das possíveis perdas funcionais pelo trauma descrito.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: LUIS FELIPE FRANKLIN FORNELOS

CRM do médico: 52877859

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



DOCUMENTO 4 "74%"



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

COMPREV

SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

06 FEV. 2017

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

NOME: DERIVALDO LUCIANO DE LIMA	
NACIONALIDADE: BRASILEIRO	ESTADO CIVIL:
PROFISSÃO: ATENDENTE	
IDENTIDADE: 2.872.483	CPF: 047.547.614-29
ENDEREÇO: RUA AUGUSTO VILHA, 155 - CANTINA - SAPE	

OUTORGADO

NOME: IRANILDO MUNIZ CLAUDINO	
NACIONALIDADE: BRASILEIRA	ESTADO CIVIL: CASADO
PROFISSÃO: AUTÔNOMO	
IDENTIDADE: 528.661 - SSP/PB	CPF: 203.725.824-00
ENDEREÇO: RUA ORESTES LISBOA, 408, SALA 04, PEDRO GONDIM - JOÃO PESSOA - PB - FONE (83) 98890-4343.	

Pelo presente instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constitui o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

JOÃO PESSOA, 30 DE SETEMBRO 2016.

X Derivaldo Luciano de Lima

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Feliciano da Silva

Serviço Notarial e Registral

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de: **DERIVALDO LUCIANO DE LIMA**
 Em test. da verdade. Saopb 25/10/2016 10:52:00
 Vândilce Cavalcante de Freitas Santos - Escrevente
 [2016-004421]JEMUL:PE 48.49 FAPEN:PE 0.25 FEPJ:PE 1.70
 SELLO DIGITAL: AERS9166-IP94
 Confira a autenticidade em <https://selodigital.tiob.jus.br>

CARTÓRIO JÚNICO
 Derivaldo Luciano de Lima
 Tabelião Público
 Maria de Lourdes Castro Gusmão
 Escrivente
 Ar. Clm. Renato Ribeiro Coutinho, 1744
 Fone: (83) 3295-2311/9313-3163
 CEP 58340-000 - Saopb - PB



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/04/2021 12:22:41

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21042812224086000000040332219>

Número do documento: 21042812224086000000040332219

Num. 42387311 - Pág. 31

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **DERIVALDO LUCIANO DE LIMA** Sinistro: **3170091258** Data: **19/10/2016**
Endereço do(a) Examinado(a): **R AUGUSTO VIEIRA, 155, CASA - CENTRO - Sapé - PB - CEP 58340-000**
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /PB**] **2872483**
Data local do exame: [**16/03/2017**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA EXPOSTA DO QUARTO QUIRODÁCTILO DIREITO. AO EXAME APRESENTA DEFORMIDADE NA EXTREMIDADE DISTAL DO QUARTO QUIRODÁCTILO DIREITO, PSEUDOARTROSE, DOR NEURÍTICA À MANIPULAÇÃO LOCAL E LIMITAÇÃO DA FLEXO EXTENSÃO DO QUARTO QUIRODÁCTILO DIREITO.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
VÍTIMA SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do 4º quirodáctilo direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Exame não permite conclusão"
Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
4º quirodáctilo direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(**X**) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.


CRM - PB 6712

João Fernandes de Souza - CRM: 2732 - PB

