



Número: **0811638-47.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **13/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 2.531,25**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)</b> <b>JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>
<b>RAFAEL LARA DE FREITAS (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38851268	28/01/2021 15:59	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
38851270	28/01/2021 15:59	<a href="#"><u>2688188_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
38851272	28/01/2021 15:59	<a href="#"><u>2688188_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:59:11  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815590982300000037039736>  
Número do documento: 21012815590982300000037039736

Num. 38851268 - Pág. 1



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

---

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190597092

Vítima: BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA

Data do Acidente: 11/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, 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 nº 15008748

Pag. 00841/00842 - carta\_01 - INVALIDEZ



00110421



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:59:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815591139700000037039738>  
Número do documento: 21012815591139700000037039738

Num. 38851270 - Pág. 1



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

---

**Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190597092**      **Vítima: BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA**

**Data do Acidente: 11/05/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

**Recebedor: BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA**

**Valor: R\$ 843,75**

**Banco: 104**

**Agência: 000000904**

**Conta: 0000042832-5**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

701.298.984-06 Bruno Laurentino G. da Silva

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Bruno Laurentino G. da Silva 701.298.984-06 Recuse R. Estudante Barilda R. de Araujo 165

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail:

Juiz de Fora 1358000-000 (83) 986634900

### DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 0904 CONTA: 000428325

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Líder 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.

### 22 - 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 submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder 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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Víuvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou noivado (não casou)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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.

34

Informações  
julgadas  
muito  
desconhe-  
cidas e/ou  
irrelevantes

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 11833.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 11833.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:12 horas do dia 10 de outubro 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, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Bruno Laurentino Gouveia da Silva**, CPF nº 701.298.984-06, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Operador de Telemarketing, filho(a) de Ana Raquel Laurentino e Alessandro Gouveia da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 12/05/1995 (24 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Estudante Maria Izanilda Machado de Araújo, Nº 161, complemento casa B, bairro Funcionários, tendo como ponto de referência Proximo a Feira do Grotão, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98826-3093.

**Dados de(s) Fatos:**

Local: Rua Abelardo Targino da Fonseca, XXX, João Pessoa/PB, bairro Ernesto Geisel; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/05/19 18:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 11/05/2019, POR VOLTA DAS 18:10, ESTAVA EM DIREÇÃO A SEU TRABALHO, PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR VERMELHA, ANO 2013, PLACA OGG-8436/PB, CHASSI 9C2KC1680ER472031, REGISTRADA EM NOME DE WEDSON SABINO DA SILVA, NA RUA ABELARDO TARGINO DA FONSECA, GEISEL, NESTA CAPITAL, NA FAIXA DA ESQUERDA, QUANDO O MOTORISTA DO VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO, QUE VINHA NA MESMA RUA, PORÉM NA FAIXA DA DIREITA, EFETUOU UMA CONVERSÃO A ESQUERDA SEM SINALIZAR. VINDO A INVADIR A FAIXA POR ONDE VINHA GUIANDO ESTE NOTIFICANTE E PROVOCANDO UMA COLISÃO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E EM SEGUIDA TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE CHEGOU POR VOLTA DAS 01:21 DO DIA 12/05/2019, SENDO ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE PUNHO ESQUERDO, COM ALTA NO DIA 18/05/2019, RETORNANDO AQUELE HOSPITAL NO DIA 29/05/2019 SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM 31/05/2019, CONFORME CERTIDÃO 1464/2019, ASSINADA PELA MEDICA SONIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA.

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, excepto a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Procedimento Policial: 11833.01.2019.1.00.401

1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:59:12

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101281559113970000037039738>

Número do documento: 2101281559113970000037039738

Num. 38851270 - Pág. 5

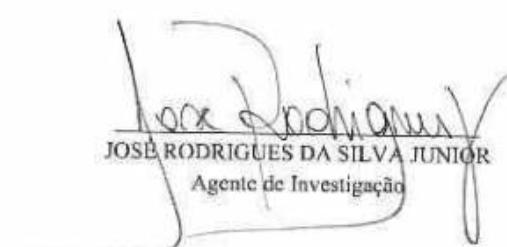
SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1<sup>ª</sup> Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



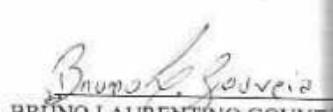
**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



João Pessoa/PB, 10 de

  
JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR

Agente de Investigação

  
BRUNO LAURENTINO GOUVEIA

Noticiante

Procedimento Policial: 11833.01.2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:59:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815591139700000037039738>  
Número do documento: 21012815591139700000037039738

Num. 38851270 - Pág. 6



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

701.298.984-06 Bruno Laurentino G. da Silva

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

5 - Nome completo: 6 - CPF: 701.298.984-06

7 - Profissão: Recuse 8 - Endereço: R. Estudante Barilda R. de Araujo 165

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

11 - Bairro: Funcionários 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 986634900

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 0904 CONTA: 000428325

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Líder 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.

### 22 - 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 submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Víuvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou noivado (não casou)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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.

34 - Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data, \_\_\_\_\_

*João Pessoa - PB 22/10/19*

*Bruno Laurentino G. da Silva*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







## CERTIDÃO

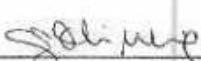
Nº. 1464/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº228601 e Prontuário Nº2017.11.004452 pertencentes a **BRUNO LOURENTINO GOUVEIA DA SILVA** que foi atendido dia 12/05/2019 às 01H21min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em punho esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de punho esquerdo. Alta dia 18/05/2019. Retornou dia 29/05/2019. Realizado procedimento cirúrgico. Alta dia 31/05/2019.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 16 de Setembro 2019

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:59:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815591139700000037039738>  
Número do documento: 21012815591139700000037039738

Num. 38851270 - Pág. 9

# 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: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000042832-5

---

Nr. da Autenticação D2453024A220A6B1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:59:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815591139700000037039738>  
Número do documento: 21012815591139700000037039738

Num. 38851270 - Pág. 10

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para猷ares pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica - N° 031.030.233



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
BR 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-460  
CNPJ 09.095.182 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

SONIA MARIA MAXIMO  
RUA ESTUD MARIA IZANILDA MACHADO DE ARAUJO 161 B  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1722076-5

REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL VENCER
SET/2019	13/09/2019	117	01/10/2019	R\$ 107,66

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL 00190.00009 03150.244006 00515.858173 3 80290000010766				
Pagador: SONIA MARIA MAXIMO CNPJ/CPF: 161.566.414-91 RUA ESTUD MARIA IZANILDA MACHADO DE ARAUJO 161 B - FUNCIONARIOS II - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número Nr Documento Data Vencimento Valor do Documento Valor Pago				
31502440000515858	001722076201909	01/10/2019	R\$ 107,66	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-580 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				09.095.183/0001-40



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:59:12

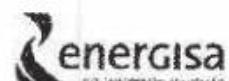
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101281559113970000037039738>

Número do documento: 2101281559113970000037039738

Num. 38851270 - Pág. 11

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal.  
Documento não é espaldarola de conta.  
Relatório para simples pagamento da nota fiscalizada da energia elétrica. N° 029.084.494



ED. 1000/2006, 4º andar, 5º  
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Fed. 16.015.822-0

## DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA  
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA  
AGO/2019

APRESENTAÇÃO  
20/08/2019

CONSUMO  
150

VENCIMENTO  
27/08/2019

TOTAL A PAGAR  
R\$ 138,62

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data do Pagamento: 29/08/2019

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000229271	001371069201908	27/08/2019	R\$ 138,62	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:59:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815591139700000037039738>  
Número do documento: 21012815591139700000037039738

Num. 38851270 - Pág. 12



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre Indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESEGUERO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754/74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Bruno Laurentino G. da Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 701.298.984/06,  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Bruno Laurentino G. da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 701.298.984/06, 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 à 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: Rua Agente Fiscal José G. Duarte Número: 157 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Mangabeira Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58056-384  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDP): (83) 98663-4900

Local e Data: João Pessoa - PB 22/10/139

Assinatura do Declarante



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
NOME: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
ENDERECO: 364 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ: 13 966 52

Ficha Nr: 228601 Atd: Nao Regulad:  
Data: 12/05/2019  
Hora: 01:21:00  
Recepctionista: GIULIANA DE MENEZES DE  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA Num. de vezes atendido: 2  
Num. Prontuario: 2017.11.004452  
CRM: 210104044410032 Sexo: M IDENTIDADE: 4008443 Fone: 988263093  
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 12/05/1995 Id: 24 ano(s)  
Endr.: RUA INSEMBARGADOR JOAO SANTA CRUZ, 1048 CARTAO DO SUS 704502320817819  
Bairro: ERNESTO GEISEL Cidade: JOAO PESSOA UF :PB  
Mae: ANA RAQUEL LAURENTINO Pai: ALECSANDRO GOUVEIA DA SILVA

Esposa: FAFDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: VENDEDOR AMBULANTE

INFORMACOES DE ENTRADA

Pest.: BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA

CPF/CNPJ Responsavel: 988263093 / IDENTIDADE: 4008443

Local: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: VITIMA DE COLISAO MOTO + CARRO RJ AS 18:11

Vitima de violencia por: INDO PRO TRABALHO/NO ERNESTO GEISEL/CONDUTOR

Caso Policial

Escolaridade:

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

TC:

DATA:

Hora:

11:21

PRE-CONSTITUA

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA: FR:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Aparentemente Bem  Grave.

PCP: TP:

Politraumatizado  Convulsao

Peso: Altura:

Hemorragia  Displaxia

Clivida: IMC:

Diarréia  Agitado

CRM: Atid: O2%:

Regular  Chocado

Vomito

Lma Principal

Observacao

Lma Secundaria

Liquenios

Conducta

Prescritao

Horario da medicacao

Dr. Carlos Tiago da Silveira  
Ortopedista e Traumatologista  
CRM-PB 9293

data e hora: PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

data	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Me





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Primo Henrique</u>		Data da Admissão: <u>12/05/2014</u>	
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:
Nome da Mãe:			
Endereço:		Bairro:	
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:
Sexo: F ( ) M ( )	Cor:	Estado Civil:	Religião:
Escolaridade:		Data de Nascimento <u>1/1</u>	
QPD: <u>0 + 00m 00s de Rubio</u>			
HDA: <u>taut tan yf off d ptho</u>			
Medicações em uso:			
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>			
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia		Kg em _____	<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____
Pele:			
Cabeça e Pescoco: <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema		<input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Outros: _____	
ABD: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Soluço <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume			
AGU: <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____			
SME: <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação		<input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposo <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos	
SN e PSQ: <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor			

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:59:12

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815591139700000037039738>

Número do documento: 21012815591139700000037039738

Num. 38851270 - Pág. 16

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa [ ]

[ ] Trauma \_\_\_\_\_ [ ] Neo \_\_\_\_\_ [ ] Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ] Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

Antecedentes Familiares:

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

Exame Físico:

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_ *RG*

Hipóteses Diagnósticas: *Exa de Reute (3) 60m2*

Conduta: *Internar e monitorizar*

Tratamento: Chávena



**AREA VERMELHA**  
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090  
Tel:  
CNES: 6121221

Paciente <b>BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA</b>	BAE 1162056	Data/Hora Entrada 11/05/2019 19:19:28	Data Birth 2019-05-11 23:12:18.0
Data de nascimento 12/05/1995	Idade 24a	CNS 764502320817819	Telefone de Contato (83) 87871742
Mãe <b>ANA RAQUEL LAURENTINO</b>	Sexo Masculino	Município <b>JOAO PESSOA</b>	Prontuário
Endereço Agente Fiscal Antônio Ladislau da Silva, SN - NAO ESTÁ FORNECENDO A ETIQUETA	Bairro Funcionários	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	UF PB
Acidente <b>VEICULO X MOTO</b>		Profissional <b>TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA</b>	Nº Cons. Regional 9690/PB
Dia/Hora Classificação 11/05/2019 19:19:28		Data/Hora Prescrição 11/05/2019 23:12:19	

#### Anamnese

ORTOPEDIA PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO DEU ENTRADA COM TRAUMA E FERIMENTOS CORTO-CONTUSO DE FACE, ESCORIAÇÕES TAMBÉM EM FACE, TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO COM DEFORMIDADE E INTENSA DOR COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS. REFERE TAMBÉM DOR ABDOMINAL E MAL ESTAR. EPO: - DOR, EDEMA, DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO PUNHO ESQ RX COM FX DO RÁDIO E URNA DISTAL CD: TALA AXILO PALMAR ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

#### PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR, (OBSERVAÇÕES: MSE)

#### CID10

Código	Descrição
852.5	Fratura da extremidade distal do rádio

#### Conduta

Em observação

#### Alta Hospitalar

Endereço  
**TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA** Data e Hora  
11/05/2019 23:12:18

Motivo de:  
Aba  
**LTA EDICA** Observações:  
ORTOPEDIA PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO DEU ENTRADA COM TRAUMA E FERIMENTOS CORTO-CONTUSO DE FACE, ESCORIAÇÕES TAMBÉM EM FACE, TRAUMA NO PUNHO ESQUERDO COM DEFORMIDADE E INTENSA DOR COM LIMITAÇÃO DE MOVIMENTOS. REFERE TAMBÉM DOR ABDOMINAL E MAL ESTAR. EPO: - DOR, EDEMA, DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO PUNHO ESQ RX COM FX DO RÁDIO E URNA DISTAL CD: TALA AXILO PALMAR ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA

TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA  
(CRM: 9690/PB)

*Teofilo Vanomark Bezerra*  
T. Teofilo Vanomark  
CRM-PB 9690  
ETD. 16216

Boletim registrado por: HELENO JOVENTINO DE SANTANA FILHO em 11/05/2019 19:20:14





Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

ESTADO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medi



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Bruno Jayneutino Gouveia Data da Admissão: 29/05/19  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: / /  
QPD: Pat foi operado nojé, teve alta nojé, volta  
HDA: com dor eva = 9.  
  
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 PESCOÇO:  Cefaléia  Espirros  Rinorréia  Obstrução Nasal  Epistaxe  
 Dor de Garganta  Bócio  Róquidão  Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_  
AR e ACV:  Dor \_\_\_\_\_  Tosse  Expectorção  Hemoptise  
 Dispnéia  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  Hematuria  
 Mal Cheiro  Corrimento  Outras: \_\_\_\_\_  
SME:  Dor \_\_\_\_\_  Rigidex pós-reposo  Deformidades  
 Artralgia  Calor  Rubor  Edema  Crepitação  Fraqueza  Atrofia  Espasmos  
SN e PSQ:  Insônia  Sonolência  Convulsões  Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
 Amnésia  Libido  Humor

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

Antes Pessoais e Hábitos:

Práticas Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

[ ] HAS [ ] DMD [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de [ ] Trauma \_\_\_\_\_ [ ] Neo \_\_\_\_\_ [ ] Tabagismo \_\_\_\_\_

[ ] Alcoolismo \_\_\_\_\_

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

Antecedentes Familiares:

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

Exame Físico:

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

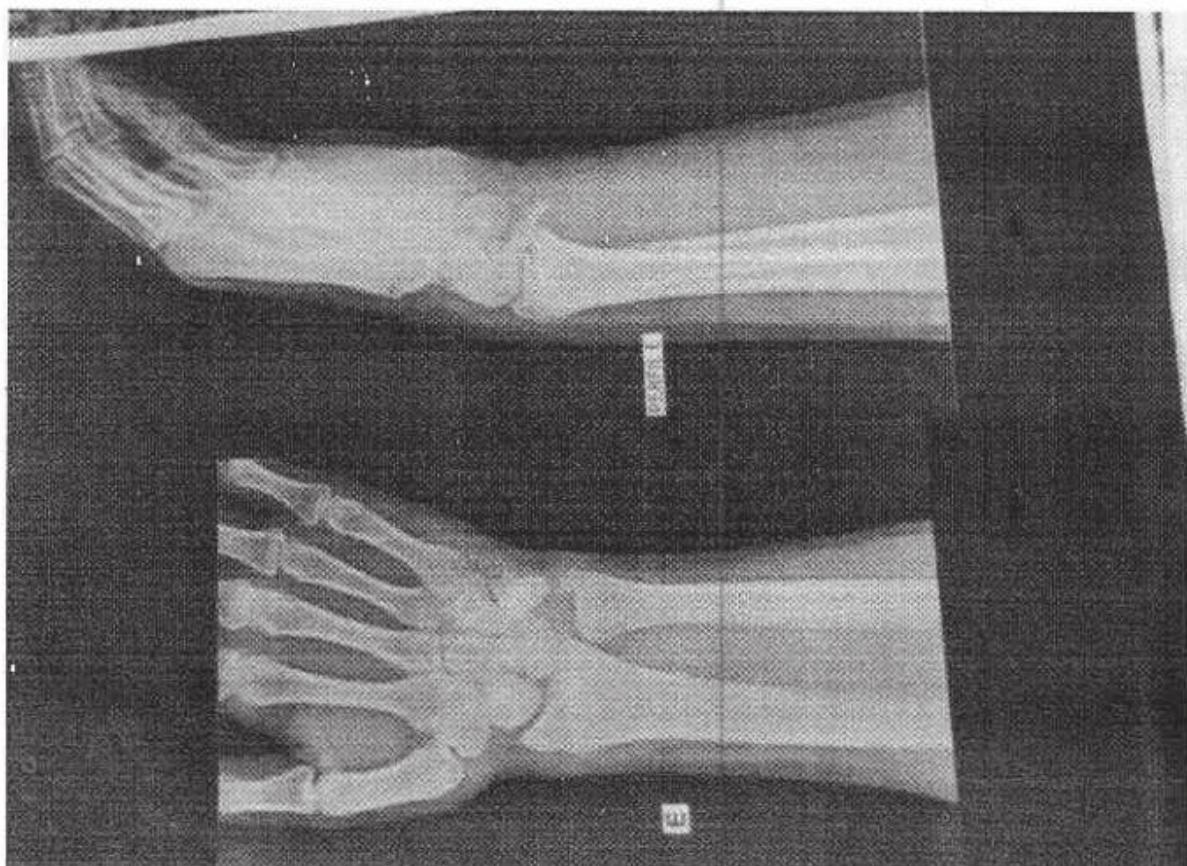
SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_ Rx punho B&B AP- \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_ Fratura - luxação (muito e totiro imediato).

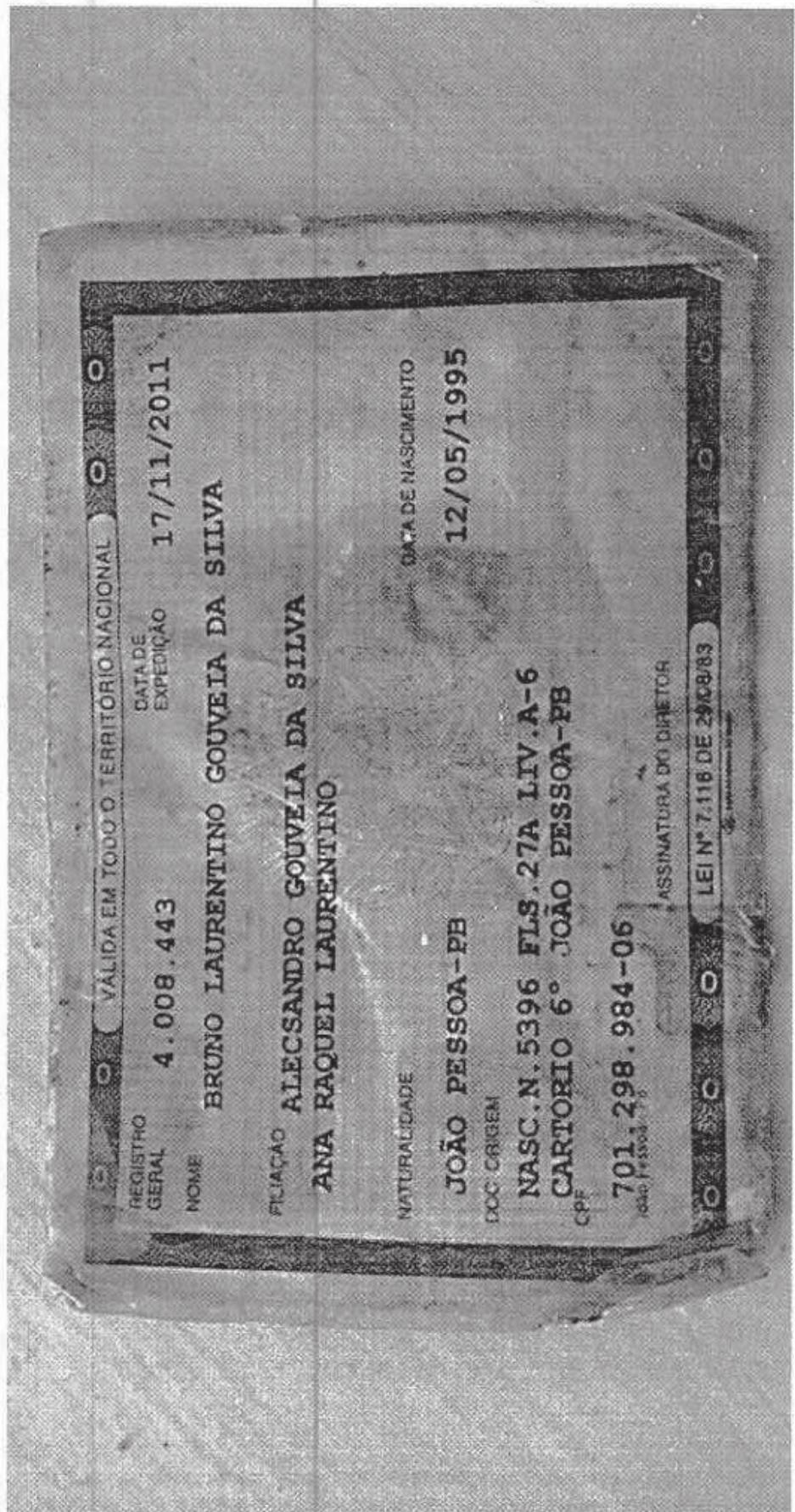
Conduta: \_\_\_\_\_ Rx/intervenções p/ tratar dor.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:59:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815591139700000037039738>  
Número do documento: 21012815591139700000037039738

Num. 38851270 - Pág. 23







Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:59:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815591139700000037039738>  
Número do documento: 21012815591139700000037039738

Num. 38851270 - Pág. 26

## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367913/19

**Vitima:** BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA

**CPF:** 701.298.984-06

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/05/2019

**Titular do CPF:** BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74**

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

**BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA : 701.298.984-06**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

3190594092

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da Indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 22/10/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

  
LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:59:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815591139700000037039738>  
Número do documento: 21012815591139700000037039738

Num. 38851270 - Pág. 27

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190597092      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA      **Data do acidente:** 11/05/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 25/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA-LUXAÇÃO DISTAL DE RÁDIO E URNA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 5/8 \_CIRURGIA

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190597092      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA      **Data do acidente:** 11/05/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 25/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA-LUXAÇÃO DISTAL DE RÁDIO E URNA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 5/8 \_CIRURGIA

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		<b>Total</b>	<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB**

**Processo: 08116384720198152003**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A,** empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA**, 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\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos), 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 janeiro de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:59:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815591240500000037039740>  
Número do documento: 21012815591240500000037039740

Num. 38851272 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 28/01/2021 15:59:13  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012815591240500000037039740>  
Número do documento: 21012815591240500000037039740

Num. 38851272 - Pág. 2