



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	
BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
RAFAEL LARA DE FREITAS (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38851 268	28/01/2021 15:59	Petição	Petição
38851 270	28/01/2021 15:59	2688188_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02	Outros Documentos
38851 272	28/01/2021 15:59	2688188_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15008748

Pag. 00841/00842 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

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 ASI:

3 - CPF da vítima:

701.298.984-06

4 - Nome completo da vítima:

Bruma 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:

Bruma Laurentino G. da Silva

6 - CPF:

701.298.984-06

7 - Profissão:

Recuso

8 - Endereço:

R. Estud. N. de Araújo 161

9 - Bairro:

Funcionários JJ

12 - Cidade:

João Pessoa

13 - Estado:

PB

14 - CEP:

58000-000

15 - E-mail:

(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:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0904

CONTA: 000428325

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(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 (assinatar uma das opções):

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

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

☒ O IML que atenda 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)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

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 teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou noção (ou nator?)

☐ 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

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB 22/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



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





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 Gouvêa 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 do(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 VEÍCULO 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, expede a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Procedimento Policial: 11833.01.2019.1.00.401



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





**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



Secretaria
Segurança

João Pessoa/PB, 10 de


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


BRUNO LAURENTINO GOUVEIA
Noticiante

Procedimento Policial: 11833.01.2





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 ASI: 3 - CPF da vítima: 701.298.984-06 4 - Nome completo da vítima: 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: Bruno Laurentino G. da Silva 6 - CPF: 701.298.984-06
7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Estud. M.ª Zaniella N. de Araújo 161
9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Funcionários 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58000-000
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (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:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ 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:

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 (assinatar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atenda 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) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nooturo (velador)? ☐ 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 - (NÃO ALFABETIZADO) 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 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa - PB 22/10/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







CERTIDÃO

Nº. 1464/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio 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 dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 16 de Setembro 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



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

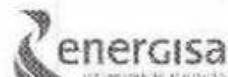


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para depósito pago em nome da empresa de energia elétrica. Nº 031.080.233



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

R. 230, Km 25 - Costa Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680

CNPJ 09.095.183/0001-40 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

REFERÊNCIA

SET/2019

APRESENTAÇÃO

13/09/2019

CONSUMO

117

VENCIMENTO

01/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 107,66

Acesse: 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 58071-680
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=21012815591139700000037039738>

Número do documento: 21012815591139700000037039738

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal.

Documento não é exigência de conta.

Recurso para simples pagamento da nota fiscalizada da empresa cliente. Nº 829.864.494



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 03.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 15.015.422-0

DADOS DO CLIENTE

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

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 PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A

09.095.183/0001-40

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



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=39636>

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.²

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 Alexandrina 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:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Marangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 22/10/19

Alexandrina Cesar Duarte
Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V301/2017



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLENO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
MMA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
55056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980
FAX: () - CNPJ: 1396652

Ficha Nr: 228601 Atd: Nao Regulada
Data: 12/05/2019
Hora: 01:21:00
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES DE
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA Num. de vezes atendido: 2
CNS: 213104044410022 Sexo: M IDENTIDADE: 4008443 Fone: 988263093
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 12/05/1995 Id: 24 ano(s)
End.: RUA DESEMBARGADOR 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

Prof: FARMACIA Estado: SEM INFORMACAO

Ocupação: VENDEDOR AMBULANTE

INFORMACOES DE ENTRADA

Res.: BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA

Id. Resp.: Responsavel: 988263093 / IDENTIDADE: 4008443

Local: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: VITIMA DE COLISAO MOTO - CARRO BOM AS 18:15

Vitima de violencia por: INDO PRO TRABALHO/NO ERNESTO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classe: Avaliação de Risco: AMARELO

Id: FR:

Id: TP:

Peso: Altura:

Glucose: IMC:

Circ. Abd: O2:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
☐ Hemorragia ☐ Dispneia
☐ Diarreia ☐ Agitado
☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vomito

Observacao

Local Principal

TRAUMA PUNHO ESQUERDO

Relato: - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnóstico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

Dr. Carlos Tiago da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9293



1/2

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
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Me





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Marco Linsolice</u>		Data da Admissão: <u>12-10-2019</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____	Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Profissão: _____
Escolaridade: _____	Religião: _____		Data de Nascimento: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
QPD: <u>Dr. + 60m em Repouso</u>			
HDA: <u>Acute com 4h de febre</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: <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"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____			
ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <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"/> Melenas <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"/> Rigidez pós-reposso <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <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.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[]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: _____

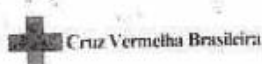
SN: _____

Resultados de Exames Complementares: *R*

Hipóteses Diagnósticas: *fx de Puntis (C) for hmo*

Conduta: *Intervenção hospitalar*





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

Paciente
BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA

Data de nascimento
12/05/1995

Mãe
ANA RAQUEL LAURENTINO

Endereço
Agente Fiscal Antônio Ladislau da Silva, SN - NÃO ESTÁ FORNECENDO A ETIQUETA

Acidente
VEICULO X MOTO

Data/Hora Classificação
11/05/2019 19:19:28

Idade
24a

BAE
1162056

Sexo
Masculino

Raça
Pardos

Motivo
ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Entrada
11/05/2019 19:19:28

CNS
704502320817819

Município
JOAO PESSOA

Profissional
TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA 9690/PB

Data/Hora Prescrição
11/05/2019 23:12:19

Data Baixa
2019-05-11 23:12:18.0

Telefone de Contato
(83) 87871742

Prontuário

UF

PB

Nº Cons. Regional

9690/PB

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. EFO: - DOR, EDEMA, DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO PUNHO ESQ RX COM FX DO RADIO E ULNA DISTAL CD: TALA AXILO PALMAR ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

PROCEDIMENTO

TALA AXILO PALMAR, (OBSERVAÇÕES: MSE)

CID10

Código	Descrição
S52.5	Fratura da extremidade distal do rádio

Conduta

Em observação

Alta Hospitalar

Usuário
TEOFILO
VANOMARK
CHAVES
BEZERRA

Data e Hora
11/05/2019 23:12:18

Motivo de Alta
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. EFO: - DOR, EDEMA, DEFORMIDADE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL NO PUNHO ESQ RX COM FX DO RADIO E ULNA DISTAL CD: TALA AXILO PALMAR ENCAMINHO AO TRAUMINHA CONFORME PACTUAÇÃO

BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA

TEOFILO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 9690/PB)

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



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

MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA
HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-344 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 233722 Atd: Nao Regul
Data: 29/05/2019
Hora: 23:21:20
Recepcionista: ROSICLE BEZERRA DOS
Clínica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA
CPF: 04044410802 Sexo: M IDENTIDADE: 4008443 Fone: 988263093
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 12/05/1995 Id: 24 ano(s)
End.: RUA DESEMBARGADOR JOAO SANTA CRUZ, 1048 CARTAO DO SUS 704502320817819
Bairro: ERNESTO GEISEL Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mãe: ANA RAQUEL LAURENTINO Pai: ALECSANDRO GOUVEIA DA SILVA

Cor: Parda Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: VENDEDOR AMBULANTE

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

Formações de Entrada

Escolaridade:

Resp.: BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA

Tel/Doc. Responsável: 988263093 / IDENTIDADE: 4008443

Localidade: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Causa de acidente por: NAO

Violência por: NAO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

RA:

FR:

IP:

IP:

Altura:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2s:

Queixa Principal

INTERCORRENCIA (SIC)

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
☐ Hemorragia ☐ Dispneia
☐ Diarreia ☐ Agitado
☐ Regular ☐ Chocado

☐ Vômito

Observacao

NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS (SIC)

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Res an ulao de 800 cm de fratura de fêmur de 25cm

Diagnóstico

Conduta

Fratura do rádio e do ulna (intra-articular).

Prescrição

1. Voltaren 75mg
02x em (gastro).

Horário da medicação

Dr. Suelio Moreira Torres
CRM: 10.146.1-6
Régua de 10cm



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Bruno Laurentino Gouveia</u>		Data da Admissão: <u>29/05/19</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____	Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Profissão: _____
Escolaridade: _____	Religião: _____		Data de Nascimento: <u>1/1</u>
QPD: <u>Pct foi operado hoje, teve alta hoje, volta</u>			
HDA: <u>com dor EVA=9.</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: <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"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema _____ Outros: _____			
ABD: <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <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"/> Rigidez pós-reposouso <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <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.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] 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: _____

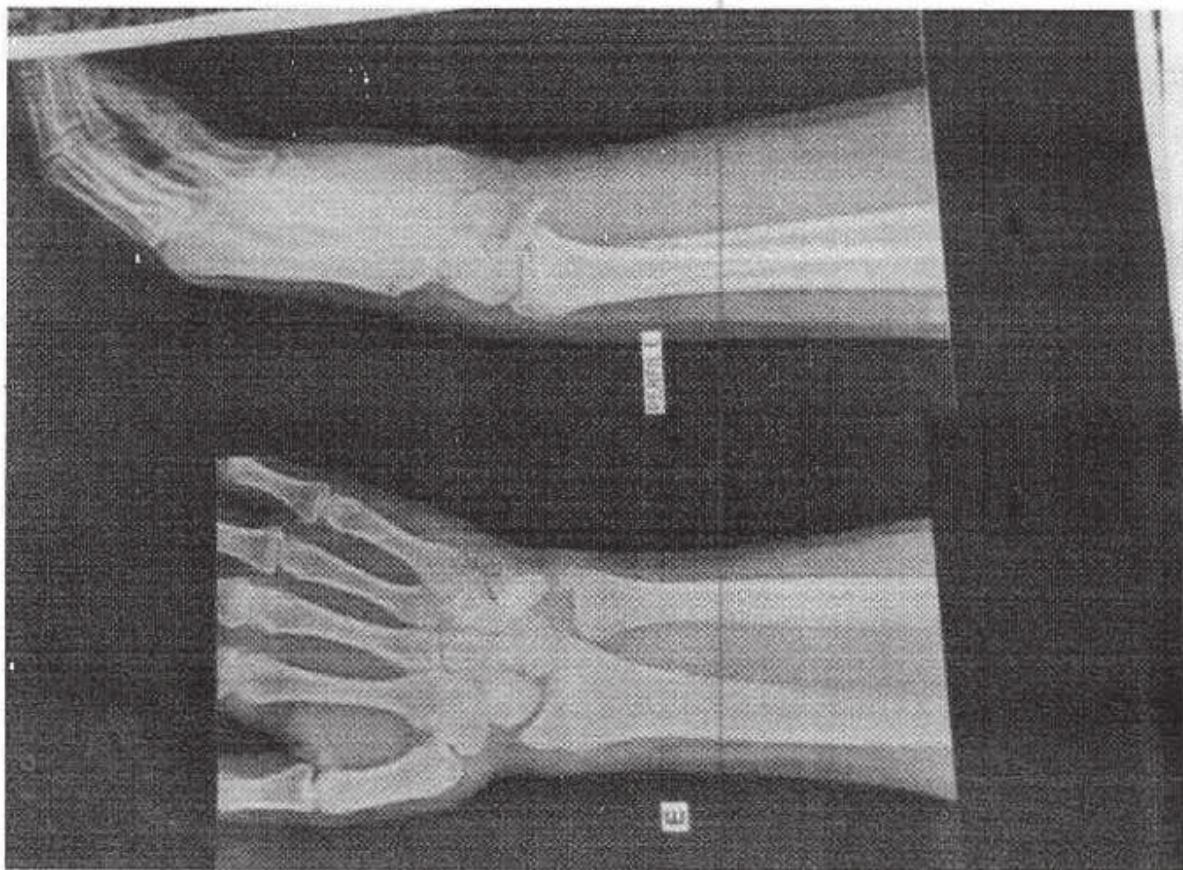
SN: _____

Resultados de Exames Complementares: Rx punho ESO AP-

Hipóteses Diagnósticas: Fratura - luxação punho e
tórax (mediato).

Conduta: Re-intervenção p/ tratar dor.







VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.008.443
DATA DE EXPEDIÇÃO	17/11/2011
NOME	BRUNO LAURENTINO GOUVEIA DA SILVA
AFILIAÇÃO	ALECSANDRO GOUVEIA DA SILVA ANA RAQUEL LAURENTINO
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB
DOC. ORIGEM	NASC. N. 5396 FLS. 27A LIV. A-6 CARTÓRIO 6º JOÃO PESSOA-PB
CPF	701.298.984-06
DATA DE NASCIMENTO 12/05/1995	
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.118 DE 29/08/83	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

NOME
ALEXANDRA CESAR DUARTE

FOC. IDENTIDADE / OUT. IDENT. Nº
2627718 SEX. Fº

CPF
046.502.754-74 DATA NASCIMENTO
21/08/1982

END. RESID. Nº
ALEXANDRE DE ARAUJO
DUARTE
MARCIA CESAR DUARTE

END. RESID. Nº
14/01/2019 25/06/2003

Nº NÚMERO
01051269650

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
894056231

ASSINADO

Alexandra Cesar Duarte


LOCAL
JOÃO PESSOA, PB DATA EMISSÃO
17/01/2014

66588356744
79027919395

894056231



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0367913/19

Vítima: 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 médico-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

3190537092

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 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



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 ULNA 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

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



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 ULNA 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

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





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 incidirá 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



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



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