



20/01/2022

Número: **0800058-19.2020.8.15.0731**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Cabedelo**

Última distribuição : **07/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MACIEL SILVA DOS SANTOS (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
53431 187	20/01/2022 12:29	<a href="#">Petição</a>	Petição
53431 188	20/01/2022 12:29	<a href="#">2692402_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02</a>	Outros Documentos
53431 189	20/01/2022 12:29	<a href="#">2692402_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 1</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



# 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:	28/11/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

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

CLIENTE: MACIEL SILVA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00729

CONTA: 000000028394-6

---

---

Nr. da Autenticação 21C6930C3D21419E



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190639771 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MACIEL SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/06/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 21/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO 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 MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG.4/5/6/7\_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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 PATRIMÔNIO DA UNIDADE  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
 SECRETARIA NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

**NOME**  
 ALEXANDRA CESAR DUARTE

**IDENTIFICAÇÃO**  
 2527718 32P PB

**CNPJ**  
 046.502.754-74

**DATA NASCIMENTO**  
 21/08/1982

**PERCELA**  
 ALEXANDRE DE ARAUJO  
 DUARTE  
 MARCIA CESAR DUARTE

**PERMISO**  
 01851269660

**ACE**  
 15/03/2013

**CACNA**  
 29/06/2001

**VALIDA EM TODOS  
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS**  
 894056231

**DEFINIÇÃO**

*Alexandra Cesar Duarte*  
 ASSINATURA DO TITULAR

**LOCAL**  
 JOAO PESSOA, PB

**DATA EMISSÃO**  
 17/01/2014

*Rodolfo Carneiro*  
 ASSINATURA DO EMISSOR

66588356744  
 29027919595

**PROIBIDO PLASTIFICAR**  
 894056231



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190639771 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MACIEL SILVA DOS SANTOS **Data do acidente:** 12/06/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 21/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE TORNOZELO 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 MODERADO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** PÁG.4/5/6/7\_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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Maciel Silva dos Santos, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão lec. Refrigeração, residente e domiciliado à Rua Santa Luzia, nº 118, bairro Renacer, Município de Coqueiro, Estado de(o) PB, Cep: 5830000, portador(a) do Rg nº 3.537.317, SSP/ PB e CPF nº 079.260.864-03

**Outorgado:** Alexandra Cesar Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agem Te Fuzcal J. Cerb. Duffa, nº 157, bairro Kamagabeire, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 2627718, SSP/ PB e CPF nº 046.502.754-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Maciel Silva dos Santos, ocorrido em 12/06/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza im validadez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

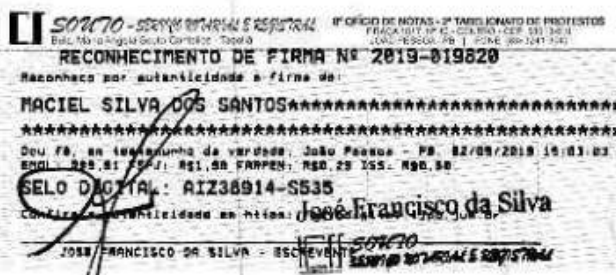
JP, 02 de Setembro de 2019.

Selo  
Serviço  
Notarial



Maciel Silva dos Santos  
Outorgante  
CPF nº 079.260.864-03

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0401223/19

**Vítima:** MACIEL SILVA DOS SANTOS

**CPF:** 079.260.864-01

**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

**Data do acidente:** 12/06/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MACIEL SILVA DOS SANTOS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

#### MACIEL SILVA DOS SANTOS : 079.260.864-01

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### 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: 14/11/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





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, 20 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190639771

Vítima: MACIEL SILVA DOS SANTOS

Data do Acidente: 12/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MACIEL SILVA DOS SANTOS

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 15126423

Pag. 01105/01106 - carta\_01 - INVALIDEZ





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 12785.01.2019.1.00.401**



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 12785.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 10:11 horas do dia 05 de novembro 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 **Maciel Silva dos Santos**, CPF nº 079.260.864-01, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Técnico Em Refrigeração, filho(a) de Maria Jose Silva dos Santos e Luiz Geraldo dos Santos, natural de Esperança/PB, nascido(a) em 30/11/1989 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Santa Luzia, Nº 110, bairro Renascer, tendo como ponto de referência Iii, na cidade de Cabedelo/PB, telefone(s) para contato (83) 98700-5521.

**Dados do(s) Fatos:**

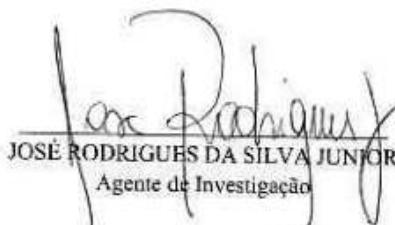
Local: Proximidades da Praça do Caju, Praça do Caju, João Pessoa/PB, bairro Bessa; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 12/06/19 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

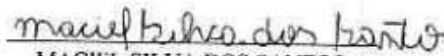
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 12/06/2019, POR VOLTA DAS 20:30, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA XRE DE COR PRETA, ANO 2017, PLACA QFY-1424/PB, CHASSI 9C2ND01110HR007871, REGISTRADA EM NOME DE ROBERTO JOSE DOS SANTOS, NAS PROXIMIDADES DA PRAÇA DO CAJU, BESSA, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO DEU RÉ NO VEICULO E COLIDIU NA MOTOCICLETA DESTE NOTIFICANTE, ALEGANDO QUE PENSOU QUE SERIA UM ASSALTO; QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM 13/06/2019, 28/06/2019 E 13/07/2019, CONFORME CERTIDÃO 1682/2019 ASSINADA PELA MEDICA ROSSANA DE FATIMA ARAUJO BARBOSA.

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

João Pessoa/PB, 05 de novembro de 2019.

  
JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
MACIEL SILVA DOS SANTOS  
Noticiante

523052882  
Procedimento Policial: 12785.01.2019.1.00.401





## 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: 079.260.864-03 4 - Nome completo da vítima: Maciel Silva dos Santos

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

5 - Nome completo: Maciel Silva dos Santos 6 - CPF: 079.260.864-03  
7 - Profissão: Recebe Informar 8 - Endereço: Rua Santa Luzia 9 - Número: 110 10 - Complemento: casa  
11 - Bairro: Remo 12 - Cidade: Cabedelo 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58100-005  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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: ☒ RECLUSO 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0799 CONTA: 28394 6 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 (assinale 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 de 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 nascituro (vai nascer)? ☐ 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 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: Cabedelo - PB, 19/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019







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

Ficha Nr: 237335 Atd: Nao Regula  
Data: 12/06/2019  
Hora: 21:23:15  
Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: MACIEL SILVA DOS SANTOS

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.06.001438

CNS: 898003229574992 Sexo: M IDENTIDADE: 3539317 Fone: 87728653

Natural: ESPERANCA/PB Data Nasc.: 30/11/1989 Id: 29 ano(s)

End.: RUA SAO SEBASTIAO, 350

Bairro: RENASCER Cidade: CABEDELO UF: PB

Mae: MARIA JOSE SILVA DOS SANTOS

Pai: LUIZ GERALDO DOS SANTOS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: TECNICO DE REFRIGERACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: MACIEL SILVA DOS SANTOS

Tel/Doc. Responsavel: 87728653 / IDENTIDADE: 3539317

Precedencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X MOTO

Vitima de violencia por: NO BESSA/COND.

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Queixa Principal

21:57 # em UPA

COLISAO MOTO X CARRO. TRAUMA EM MIE

NEGA PANCADA EM CABECA, DESMAIO E VOMITO.

Paciente tem historico de colisao moto x auto. Fozes uso de capacete e cinto de seguranca, no momento da colisao. Ruptura da perna esquerda.

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

A - VAPOR em cervicalgia B - MM VV em artros HT em R e - Hemodinamica normal D - 4/5 gaus 15 PIFR E - FEE em perna E + limbo com mancha ABD. nódulos

Diagnostico

Conduta

1. Rx perna E + tomografia E
2. Analgesia oral pda
3. ACPs em perna E

Prescricao

Horario da medicacao

1. SPT 01 sup 1h - Omeprazol por 14
2. Cetoprofeno 100mg + SF 99, 100ml 1x/dia
3. Difenidramina 0,5g + ADIV, 1x/dia

Raquel Bezerra Estrela  
Médica  
CRM PB 7373

Raquel Bezerra Estrela  
Médica  
CRM PB 7373

# OUTOPRAX  
HD: FX EXPOSTA OSSOS DO BRS  
CD:  
A O BLOCO CIRURGICO: 11  
T10

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Dr Yury Cordeiro  
CRM-PA: 11501

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

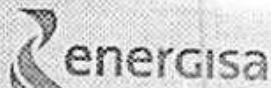
☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UT  
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SV

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo



MARIA DA GLORIA BEZERRA DA SILVA  
RUA SANTA LUIZA, 110 - RENASCER  
CASSIDULO / PE CEP: 55100001 (AG. 1)



Tipologia: MONOFÁSICO  
Código: RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA  
Roteiro: 17-13-287-2800 Referência: Ago / 2019  
Medidor: 07301437267 Emissão: 27/08/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
B-230, Km 25 - Centro Redentor - João Pessoa - PB - CEP: 51011-900  
CNPJ: 06.095.192/0001-40 - Ins. Est. 18.012.922-0

Nota Fiscal / Datas de Energia Elétrica: 1401-045  
Cód. para Deb. Automático: 00002305282

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF / CNPJ / RAR
Ago / 2019	27/08/2019	26/09/2019	753.381.304-91 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): **5/230528-2**

Canal de contato

- Tarifa Especial de Energia Elétrica - TSEE fixada pela Lei  
nº 15.478 de 26 de abril de 2002  
Junte-se ao MOVIMENTO VACINA BRASIL. Saiba mais em  
[saude.gov.br/vacinaBrasil](http://saude.gov.br/vacinaBrasil)



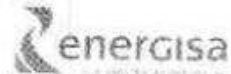


# BOLETO PARA PAGAMENTO

Descobridor e/ou titular: Razão

Presentação: com a seguinte data de vencimento

Boleto para pagamento da conta de energia elétrica Nº 032.953.001



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 08.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.923-6

Nome 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

OUT/2019

APRESENTAÇÃO

21/10/2019

CONSUMO

214

VENCIMENTO

28/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 183,53

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 07097.707173 8 80560000018353

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

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

Nosso Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440007097707	001371069201910	28/10/2019	R\$ 183,53	

BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.

08.095.183/0001-40

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 - 20/01/2022 12:29:43

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22012012294296400000050631189>

Número do documento: 22012012294296400000050631189



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradalider.com.br](http://www.seguradalider.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 85 | 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 do 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>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Bersan Duarte  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754 / 74 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Maíel Silva dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.260.869 / 01  
do sinistro de DPVAT cobertura Imobilidade na vítima Maíel Silva dos Santos  
inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.260.869 / 01, 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>Grammaheira</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, 13/11/2013

Alexandra Bersan Duarte  
Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/01/2022 12:29:43

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22012012294296400000050631189>

Número do documento: 22012012294296400000050631189



## CERTIDÃO

Nº. 1682/2019

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 Nº237335 e Prontuário Nº 2019.06.1438 pertencentes ao paciente **MACIEL SILVA DOS SANTOS** foi atendido dia 12/06/2019 às 21h23min, vítima de colisão de moto x carro, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta dos ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/06/2019, 28/06/2019 e 13/07/2019. Com alta médica dia 13/07/2019.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 04 Outubro de 2019

Rossana de Fátima de A. Barbosa  
Médica de Vigilância à Saúde  
CRM-PB - 3533

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3533





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 12/06/19

Nome: MACIEL SILVA DOS SANTOS  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_

QPD: FEMINHO EM PENNA (C)

HDA: VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FEMINHO EM PENNA (C)

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 [ ] Rouquidão [ ] Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

AR e ACV: [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Tosse [ ] Expectoração [ ] Hemoptise  
[ ] Dispneia [ ] Palpitações [ ] Desmaio [ ] Cianose [ ] Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

ABD: [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Pirose [ ] Solução [ ] Regurgitação [ ] Hematêmese [ ] Náuseas  
[ ] Vômitos [ ] Dispepsia [ ] Diarréia [ ] Melena [ ] Enterorragia [ ] Constipação [ ] Aumento de volume

AGU: [ ] Disúria [ ] Incontinência [ ] Retenção [ ] Poliúria [ ] Oligúria [ ] Noctúria [ ] Hematúria  
[ ] Mal Cheiro [ ] Corrimento [ ] Outras: \_\_\_\_\_

SME: [ ] Dor \_\_\_\_\_ [ ] Rigidez pós-reposouso [ ] Deformidades  
[ ] Artralgia [ ] Calor [ ] Rubor [ ] Edema [ ] Crepitação [ ] Fraqueza [ ] Atrofia [ ] Espasmos

SN e PSO: [ ] Insônia [ ] Sonolência [ ] Convulsões [ ] Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
[ ] Amnésia [ ] Libido [ ] Humor \_\_\_\_\_

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58058-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

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

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

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

[ ] 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: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: FX exposta ossos PA RN M

Conduta: NÃO CIRÚRGICO

Dr. Yury Carneiro

Dr. Yury Carneiro

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







## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Maíral Silver dos Santos</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>13/07/13</i>	Cirurgião: <i>Dr. Temístocles Filho</i>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Ex. apertura de tibia (E) + P. Int. (E)</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>Ex. apertura de tibia (E) + P. Int. (E)</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Pro. cirurgia de fratura (pós. descolando quer retensão de fixação nativa)</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( ) Sim 2 (X) Não		Descreva:  <i>Temístocles de A. R. Filho ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA CRM-PB 7616 / FORT 16747 / PROE. S2S</i>	
Biópsia de Congelação:		1 ( ) Sim 2 (X) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Paciente em DDM sob anestesia  
Ampliação + estabilização em MEF  
Aplicação de compósito anterior

### Incisão:

Longitudinal em região anterior de punho

### Achados:

Fratura de tíbia distal

### Conduta:

Limpeza do fragmento ósseo  
Redução da fratura  
Aplicação de parafuso intramedular  
Fixação com placa 4,5mm bloqueada  
parafusos

### Fechamento:

Sutura por planos  
Curativo

### OBS:

Paciente controlado

Data: 13/07/22

Terminópolis de  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 153.100.1

MÉDICO

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







## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

PACIENTE em DDH SOB ANESTESIA  
ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO  
APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTERILIS

### Incisão:

Achados: FX EXPOSTA OSSOS DA PERNA (D)

### Conduta:

LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9 %  
DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITELIZADO  
APOSEIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO E PINOS S  
02 BARRAS COM 8 CONEXÕES SOB ESCOR  
LIMPEZA COM SF 0,9 %  
SUTURA DE PELE  
CURATIVO  
EM CONTROLE

### Fechamento:

### OBS:

INTERVALO P/ 2º TEMPO CIRÚRGICO

Data: 13.06.19

Dr. Yuri Carneiro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PB 11557

MÉDICO/C

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



Nome: <i>MACIEL SILVA DOS SANTOS</i>				Registro:	
Idade: 29	Sexo: <i>M</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>28/06/2019</i>			Cirurgião: <i>ODILON</i>		
1º Assistente:			2º Assistente:		
Anestesista: <i>Dr Evelyn</i>			Instrumentador: <i>MARIA</i>		
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>FRATURA 1/3 DISTAL de perna ESQ</i>					<i>S82</i>
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>O mesmo</i>					
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>					<b>CÓDIGO</b>
<i>Retirada de material de sintese</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

Incisão:

Retirada de FIXADOR EXTERNO

Achados:

HÍPEREMIA NA PERNA E QUADRO INFECCIOSO NO TRAJETO DOS PINOS

Limpeza cirúrgica exastiva com sf 0,9%

Conduta:

CURATIVO

TALA BOTA

Fechamento:

OBS:

Dr. Odilon R. Filho  
Ortopedia / Or. Joelma  
CRM 6688 - TEOT 22957

Data: 28 / 06 / 2019

MÉDICO/CRM

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





**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA**  
**COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY**

**Dados do Paciente:**

**Prontuário:** 2019.06.001438    **Data de Cadastro:** 12/06/2019    **Nome:** MACIEL SILVA DOS SANTOS    **IDENTIDADE:** 3639317    **Telefone:** 87728653  
**Data de Nascimento:** 30/11/1989    **Sexo:** Masculino    **Naturalidade:** ESPERANCA-PB    **Pai:** LUIZ GERALDO DOS SANTOS  
**Mãe:** MARIA JOSE SILVA DOS SANTOS  
**UF:** PB    **Cidade:** CABEDELO    **Bairro:** RENASCER  
**Rua:** RUA SAO SEBASTIAO,350    **CEP:** 58108212

**Atendimentos:**

**Ficha:** 237336    **Data/Hora Cadastro:** 12/06/2019 21:23:16    **Unidade:** ORTOTRAUMA    **Clínica:** CIRURGICA  
**Regulado:** NÃO    **Número do Boleto:** NÃO CONSTA  
**Ocupação:** TECNICO DE REFRIGERACAO  
**Transporte:** SAMU  
**Acidente:** COLISAO CARRO X MOTO  
**Comunicado a Polícia:** NÃO    **Local Procedência:** RUA    **Complemento:**  
**Recepção:** LUIZ CLAUDIO DA SILVA FARIA    **Violência:** NO BESSA/COND.

Impresso por: ODELENE MARCIA DA SILVA FERNANDES em: 15/07/2019 13:42:38

Página: 1 de 1





## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Marcil Silveira dos Santos</u>		PRONTUÁRIO Nº:	
IDADE:	SEXO:	COR:	CLÍNICA:
DATA DE ADMISSÃO: <u>12/06/19</u>		DATA DE ALTA: <u>13/07/19</u>	
TEMPO DE PERMANÊNCIA:		CID:	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>VX. DE TIBIA (C) FIBULA (C)</u>		<u>582.2</u>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:			
PRINCIPAIS LESÕES: <u>RX</u>			
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Trat. cirúrgico de fr. de tibia (C) e fíbula (C)</u>			
TERAPIA FARMACOLÓGICA:			
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA:			
EVOLUÇÃO FINAL: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO			
RESUMO CLÍNICO: <u>Ret. submetido a trt. cirúrgico de fr. de tibia (C) e fíbula (C) com melhoras clínicas.</u>			
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA			
DIETA: <u>Libre</u>			
REPOUSO: Relativo em casa por <u>30</u> dias. Retorno às atividades sem esforço físico em <u>30</u> dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em <u>60</u> dias e com esforço maior em <u>90</u> dias.			
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procure imediatamente este Complexo Hospitalar.			
MEDICAÇÕES PARA CASA:			
RETORNO Ao posto de saúde em <u>13/07/19</u> para retirada de pontos.		Ao Ambulatório do <u>Dr. Tumbador</u> em <u>30 dias</u> para revisão.	
DATA: <u>13/07/19</u>		Assinatura: <u>Temístocles de A. K. Rêgo</u> ASS. MÉDICO ORTOPEDISTA/TRAUMATOLOGISTA CRM-PB 7818 / TETO 15747 / RQE 524	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CABEDELO/PB**

Processo n.º 08000581920208150731

**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 **MACIEL SILVA DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta 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,

CABEDELO, 28 de dezembro 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 - 20/01/2022 12:29:43  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22012012294338100000050631190>  
Número do documento: 22012012294338100000050631190