



Número: **0804181-61.2019.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **20/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 8.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR (AUTOR)</b>	<b>FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (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
38491 787	18/01/2021 19:54	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
38491 788	18/01/2021 19:54	<a href="#"><u>2694745_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
38491 789	18/01/2021 19:54	<a href="#"><u>2694745_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 19:54:24  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011819542354900000036705087>  
Número do documento: 21011819542354900000036705087

Num. 38491787 - 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, 16 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190276708

Vítima: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 29/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00223/00224 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 14197954



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 19:54:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011819542459200000036705088>  
Número do documento: 21011819542459200000036705088

Num. 38491788 - 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, 16 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190276708**      **Vítima: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR**

**Data do Acidente: 29/08/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR**

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 14197955



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, 22 de Maio de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190276708**      **Vítima: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR**

**Data do Acidente: 29/08/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000037**

**Conta: 0000022663-0**

**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

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

Nº do sinistro ou ASE:

CPF da vítima:

103 678 604-81

Nome completo da vítima:

Mauro Gomes do Siba Junior

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

Nome completo:

Mauro Gomes do Siba Junior

CPF:

103 678 604-81

Profissão:

auxiliar de mobiliário

Endereço:

R. Prof. Noeme Ribeiro

Nº:

35A

Bairro:

Geisel

Cidade:

João Pessoa

E-mail:

38000-000

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 0037

CONTA: 22663

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 dias para o pedido.

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

AG. JOÃO PESSOA

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

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se alfabetizado)

Local e Data: João Pessoa 10/01/2019  
Nome: Mauro Gomes do Siba Junior  
CPF: 103 678 604-81

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

Ass. nature

2º | Nome:

CPF:

15 ABR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 03961.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 03961.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:04 horas do dia 10 de abril 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 Inácio da Silva Neto, Agente de Investigação, matrícula 1273345, ao final assinado, compareceu Mauro Gomes da Silva Junior, CPF nº 103.678.604-81, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Auxiliar de Instalação, filho(a) de Maria Parana de Oliveira e Mauro Gomes da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 18/08/1991 (27 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Professora Noêmia Ribeiro, Nº 35, complemento CASA, bairro Ernesto Geisel, tendo como ponto de referência Proximo a Farmacia Globo, na cidade de João Pessoa/PB, telefones(s) para contato (83) 99851-1996.

**Dados do(s) Fatos:**

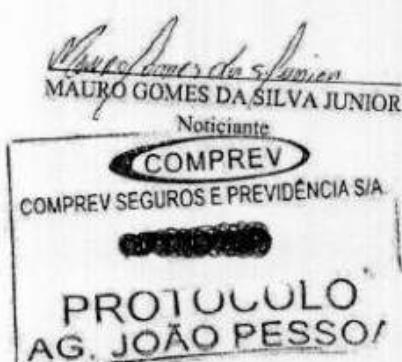
Local: Proximo a Bica (jardim Botânico), João Pessoa/PB, bairro Roger; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/08/18 08:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97  
**ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que no dia 29/08/2018 as 08:00hs, foi vítima de acidente de (moto x moto), quando estava guiando a moto Honda Pop 110 I, não/mod 2018, de placa OFX-9772/pb, chassi. 9C2JB0100JR023572 registrada no Detran/pb em nome de sua tia Josefa Parana de Oliveira. Que a colisão aconteceu na Av. Bandeirante, Bairro Tambá, quando estava seguindo com a moto sentido bairro Roger, quando de repente outra moto colidiu na traseira, e em seguida o motoqueiro evadiu-se do local, foi socorrido pelo samu para o hospital de mangabeira, lá chegando as 09h20min foi atendido e submetido a avaliação médica e exames de imagem que evidenciou fratura de rádio distal direito. CID.10 S 52.0

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

João Pessoa/PB, 10 de abril de 2019.



Procedimento Policial: 03961.01.2019.1.00.401

1/1



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASE:

CPF da vítima:

103 678 604-81

Nome completo da vítima:

Mauro Gomes do Siba Junior

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

Nome completo:

Mauro Gomes do Siba Junior

CPF:

103 678 604-81

Profissão:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Prof. Mauro Gomes do Siba Junior

R. Prof. Noeme Ribeiro

Geisel

João Pessoa

Nº:

35A

Complemento:

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

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 0037

CONTA: 22663

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 0

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

(Informar o dígito se existir)

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

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 dias para o pedido.

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

AG. JOÃO PESSOA

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

AG. JOÃO PESSOA

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

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascido(a) (val nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se alfabetizado)

Local e Data: João Pessoa 10/01/2019  
Nome: Mauro Gomes do Siba Junior  
CPF: 103 678 604-81

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

Ass. nature

2º | Nome:

CPF:

15 ABR. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME**



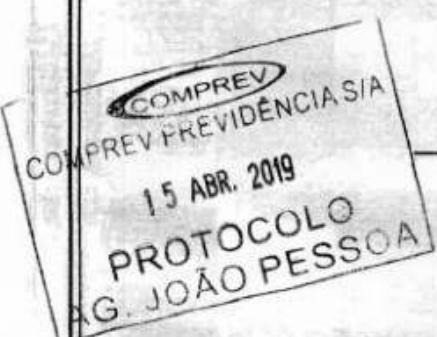
CNPJ 03.806.754/0015-45  
SANTO ANTONIO 192 REGIONAL DE JOAQUIM FESSO  
Av. Indígenas Chama, 1777  
Águas I Faz. CEP 58053-200  
Juiz de Fora - MG  
06/03/2012 - 18 D

## DECLARAÇÃO

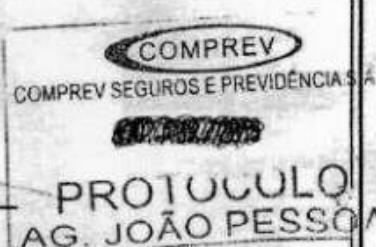
O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 812/064, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 2176791, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente MAURO GOMES DA SILVA JÚNIOR idade 27 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão Moto x Moto) no dia 29/08/2018, na Av. Bandeirantes - em frente ao Parque Zoobotânico Arruda Câmara, Bairro: Tambá - João Pessoa - aproximadamente às 08:00 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcisio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

João Pessoa, 27 de Dezembro de 2018.



Jefferson da Rocha Augusto  
Matrícula: 67.155-6  
Coordenação do SAME  
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA



Rua: Diógenes Chianca, 1777 – Água Fria – CEP: 58053-900 – João Pessoa – PB  
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



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

Ficha Nr: 158624 Atd: Nao Regula  
Data: 29/08/2018  
Hora: 09:20:11  
Recepçionista: GEOVANA DO SANTOS  
Clinica: *QJapud*

DADOS DO PACIENTE

\* Nome: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR Num. de vezes atendido: 1  
CNS: 700000083544105 Sexo: M CARTAO SUS: 700000083544105 Fone: 986646967  
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 18/08/1991 Id: 27 ano(s)  
End.: RUA PROFESSORA NOEMIA RIBEIRO, 35  
Bairro: ERNESTO GEISEL Cidade: JOAO PESSOA UF :PB  
Mae: MARIA GOMES DE OLIVEIRA Pai: MAURO GOMES DA SILVA  
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação: MOTORISTA SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:  
Resp.: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR  
Tel/Doc. Responsavel: 986646967 / CARTAO SUS: 700000083544105  
P. edencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXMOTO PASSAGEIRO AS 08:00 CENTRO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRÉ-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	<input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
PC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemias:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Vomito
COLISAO MOTO COM, MOTO NEGA DESMAIOM SIC		Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

*Internado*

Prescricao

**COMPREV**

COMPREV PREVIDÊNCIAS/A

15 ABR. 2019

PROTÓCOLO

AG. JOAO PESSOA

Horario da medicacao

*Daniel Conserva Arreda  
MÉDICO  
ORM 11134*

. Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde | 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/Responsável

Assinatura e Carimbo do Med-



# 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: 15/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00037

CONTA: 000000022663-0

---

Nr. da Autenticação D658F07E3B44393B



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 19:54:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011819542459200000036705088>  
Número do documento: 21011819542459200000036705088

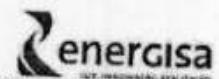
Num. 38491788 - Pág. 10

## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento de nota fiscalmente de energia elétrica - N° 022.663.032



NET, INDEPENDÊNCIA, INNOVAÇÃO  
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 238, Km 35 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58071-468  
CNPJ 38.095.182/0001-40 - INSC Est. 16.415.323-6

### DADOS DO CLIENTE

MAURO GOMES DA SILVA  
RUA PROFESSOR RIBEIRO 38 A  
JOÃO PESSOA

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1731391-7

### REFERÊNCIA

MAR/2019

### APRESENTAÇÃO

28/03/2019

### CONSUMO

224

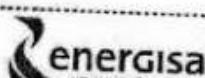
### VENCIMENTO

04/04/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 206,40

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



DETALHAR

MAURO GOMES DA SILVA  
Roteiro 18-003-781-1365  
83600000002-3 06400148000-6 17313912019-5 03900002019-6



### VENCIMENTO

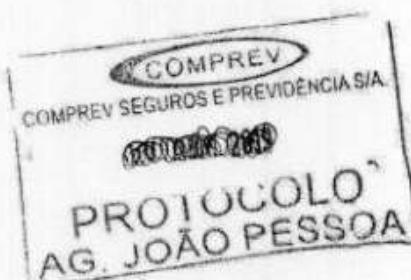
04/04/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 206,40

### MATRÍCULA

1731391-2019-03-9



ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
BR 230 KM 25 - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA - PB - CEP - 58071-680  
CNPJ: 09.093.183/0001-40 INSC. EST.: 180158230

REAVISO DE CONTA

07 - 001 - 409 - 3140 B

CDC: 0000280012-6

PEDRO JOSE DA SILVA

RUA DA REPUBLICA 390

JOAO PESSOA

Domicílio:

697 Medidor: 00008162616

Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA PLACAS

VARADOURO

CEP: 58.010-18

Coordenadas: -7,121236, -34,889865

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

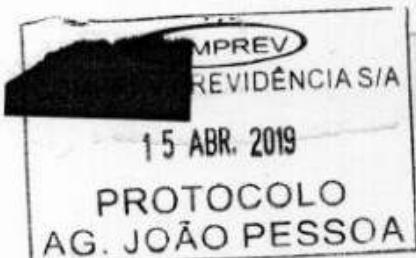
Para Uso do Entregador

- Mudou-se
- Endereço Insuficiente
- Não Existe o N° Indicado
- Desconhecido
- Recusado

- Não Procurado
- Ausente
- Falecido
- Informação Escrita pelo Porteiro

Reintegrado em:

Aas./ Num. Carteiro:





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### 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<sup>1</sup> 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 Floriana de Souza Gómez, inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.092.624-69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Mauro Gomes da Silveira Júnior, inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.678.604-81, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Mauro Gomes da Silveira Júnior, inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.678.604-81, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão:

Renda:

e apresenta os documentos comprobatórios:

**COMPREV**

Recuso informar

15 ABR. 2019

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

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

Endereço		Rua da República	Número	590	Complemento
Bairro	Centro	Cidade	Estado	PB	CEP
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)	58010-180	

João Pessoa, 10 de 04 de 2019  
Local e Data

Floriana de Souza Gómez  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José da Parana de Oliveira,  
RG nº 1617027, data de expedição 18/02/1991  
Órgão SSPB, portador do CPF nº 75372355468, com  
domicílio na cidade de João Pessoa no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. Maria do Socorro JV Rocha, nº 123,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Mauro Gomes do Silva Junior cujo o condutor era  
Mauro Gomes do Silva Junior

Veículo: MOTO  
Modelo: POP 110 i

Ano: 2018

Placa: DFX 9772  
Chassi: 9C2B30100JR023572

Data do Acidente: 29 Agosto 2018

Local e Data: R. Professora Bastista Leite, João Pessoa, 10/04/2019

  
José da Parana de Oliveira

Assinatura do Declarante

X

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





## CERTIDÃO

Nº. 0291/2019

Atendendo solicitação de **MAURO GOMES DA SILVA JR** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº158624 e prontuário nº2018.08.004492 pertencente a paciente que foi atendido dia 29/08/2018 às 09H20min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em antebraço direito.

Submetido à avaliação médica, e exame de imagem que evidenciou fratura de rádio distal direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 06/09/2018 com alta médica dia 07/09/2018.

E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 25 de março de 2019

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3883

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
PROTÓCOLO  
AQ. JOÃO PESSOA

COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
15 ABR. 2019  
PROTÓCOLO  
AQ. JOÃO PESSOA

Rosangela M. Escorel Almeida  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM-PB 3883



Nome: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR				Registro:	
Idade: 27 A	Sexo: MAS	Cor:	Clínica: Traumatologia	EMP:	LR:
Data: 23/08/2018			Cirurgião: ANDRE SIQUEIRA		
1º Assistente: VALDEBAN RI			2º Assistente:		
Anestesista: EUCLIDES			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					
<i>Fratura do Rádio Distal DIREITO</i>					
S52.5					
CID					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					
<i>O mesmo</i>					
CID					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					
<i>Redução Incruenta + Fixação Percutânea</i>					
CÓDIGO					
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					



**FORMULÁRIO DE ANESTESIA**





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Mario Gomes da Silva Jr Data da Admissão: / /

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: Dor om punho ②

HDA: Pit com queiro de dor em punho ②  
após tru m.

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ]Prurido [ ]Sudores [ ]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 [ ]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 [ ]Políuria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria [ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: \_\_\_\_\_

SME: [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Rigidez pós-reposo [ ]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 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

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

Cirurgias: \_\_\_\_\_ [ ]HTF

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banco 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= \_\_\_\_\_ mmHg

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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Conduta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**FICHA DE ADMISSÃO DA SRPA**

Paciente: \_\_\_\_\_ Pront.: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_  
 Hora da admissão: \_\_\_\_\_ Hora da alta: \_\_\_\_\_ Enfermeiro: \_\_\_\_\_  
 PA. na admissão: \_\_\_\_\_ PA. na alta: \_\_\_\_\_ Téc. Enf.: \_\_\_\_\_

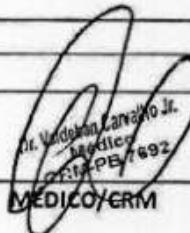
PARÂMETROS	PONTOS	ADMISSÃO	1 H	2 H	3 H
<b>CONSCIÊNCIA</b>					
ACORDADO	2		2		
RESPONDENDO AO CHAMADO	1				
NÃO RESPONDENDO	0				
<b>RESPIRAÇÃO</b>					
CAPACIDADE DE RESPIRAR PROFUNDAMENTE OU TOSSIR	2		2		
DISPNEIA	1				
APNÉIA	0				
<b>CIRCULAÇÃO</b>					
PA VARIANDO ATÉ 20% DO NÍVEL HABITUAL	2		2		
PA VARIANDO DE 20% A 50% DO NÍVEL HABITUAL	1				
PA SUPERIOR A 50% DO NÍVEL HABITUAL	0				
<b>ATIVIDADE MUSCULAR</b>					
MOVIMENTO MUSCULAR DAS EXTREMIDADES	4	2	2		
MOVIMENTO MUSCULAR DE EXTREMIDADES	2	1			
AUSÊNCIA DE MOVIMENTO	0				
<b>COLORAÇÃO DA PELE</b>					
ROSADO, QUENTE	2		2		
PALIDO, TERROSO, ICTÉRICO	1				
CIANÓTICO	0				
<b>TOTAL</b>					

INTERCORRÊNCIAS	MEDICAÇÃO	HORÁRIO	ASSINATURA

*Anestesiologista*

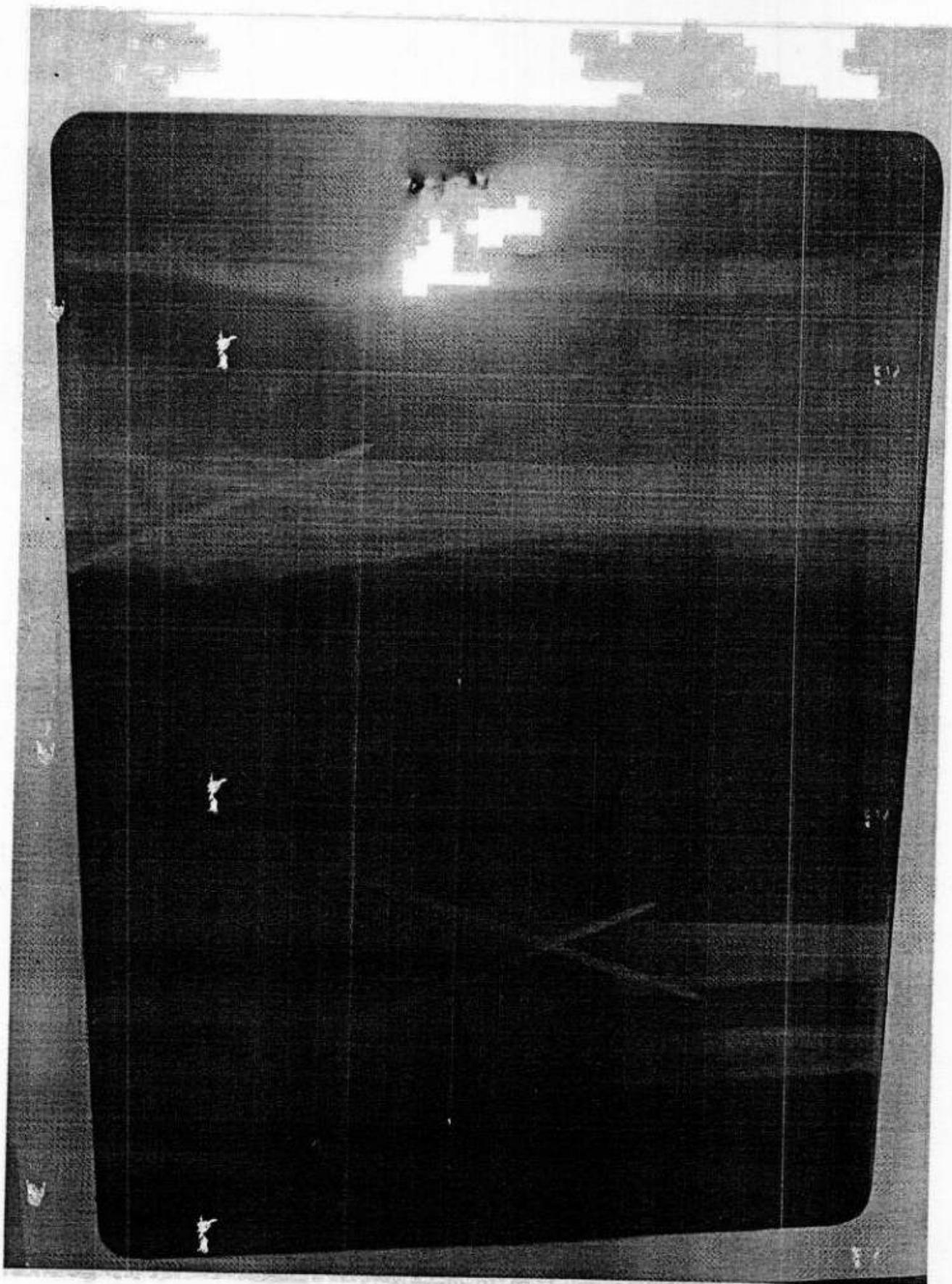
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
<b>Posição e Preparo:</b>	<i>Paciente em decúbito dorsal sob anestesia</i>
<b>Assepsia + Antissepsia</b>	
<b>Aposição de campos cirúrgicos estéreis</b>	
<b>Incisão:</b>	
<b>Achados:</b>	<i>Visualização de fratura do rádio distal DIREITO</i>
<b>Conduta:</b>	<i>Realizada manobra para redução de fragmentos ósseos</i>
	<i>Aposição de DOIS fios de kirschner 2.0II</i>
	<i>Procedimento guiado por escopia</i>
<b>Fechamento:</b>	<i>Limpeza com SF a 0,9% de punho</i>
<b>Curativo</b>	<i>Tala axilopalmar gessada</i>
<b>OBS:</b>	

Data: 06 / 09 / 2018

  
 Dr. Wanderson Carvalho Jr.  
 Médico  
 CRM-PB 7692  
 MEDICO/CRM

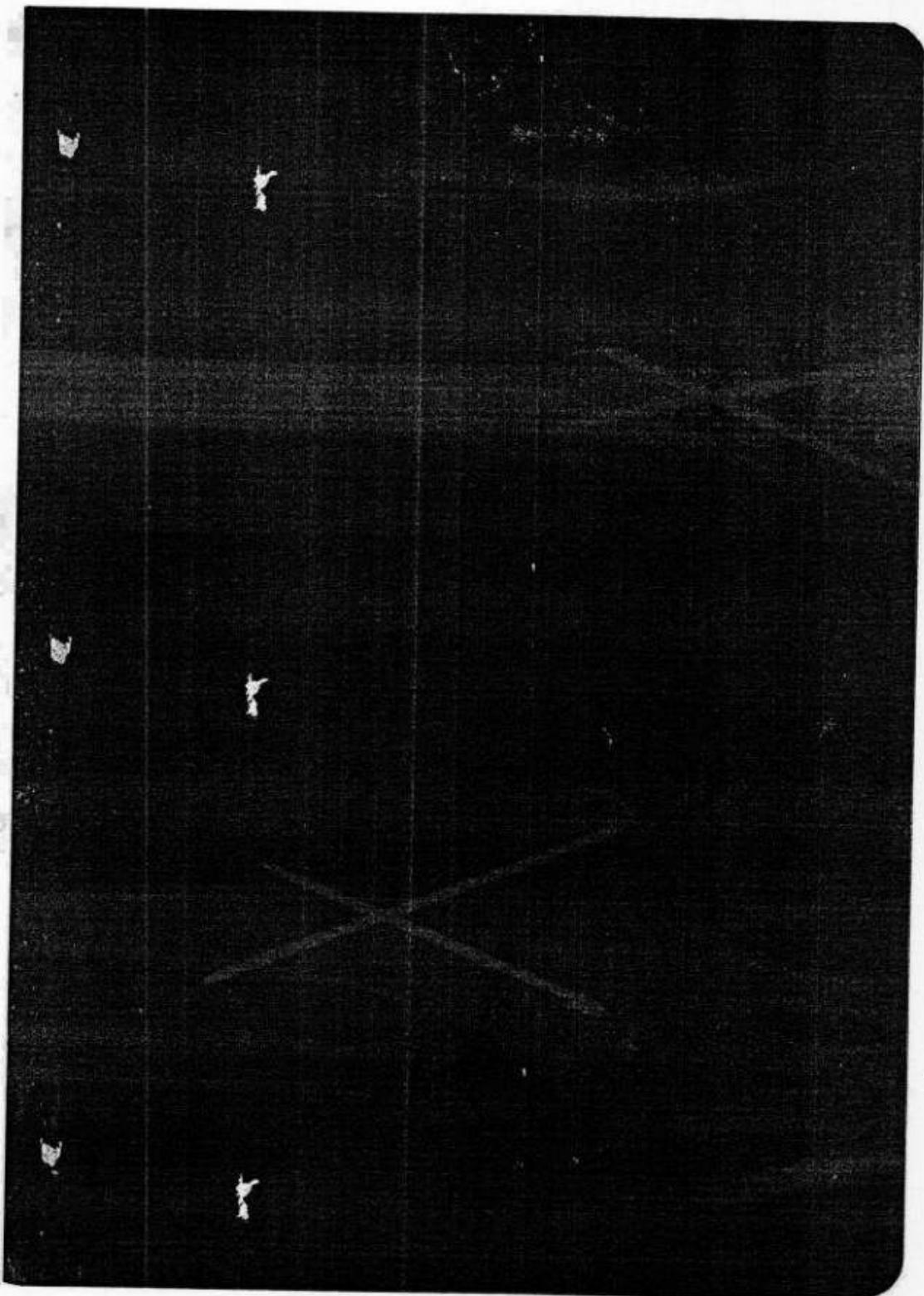
Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





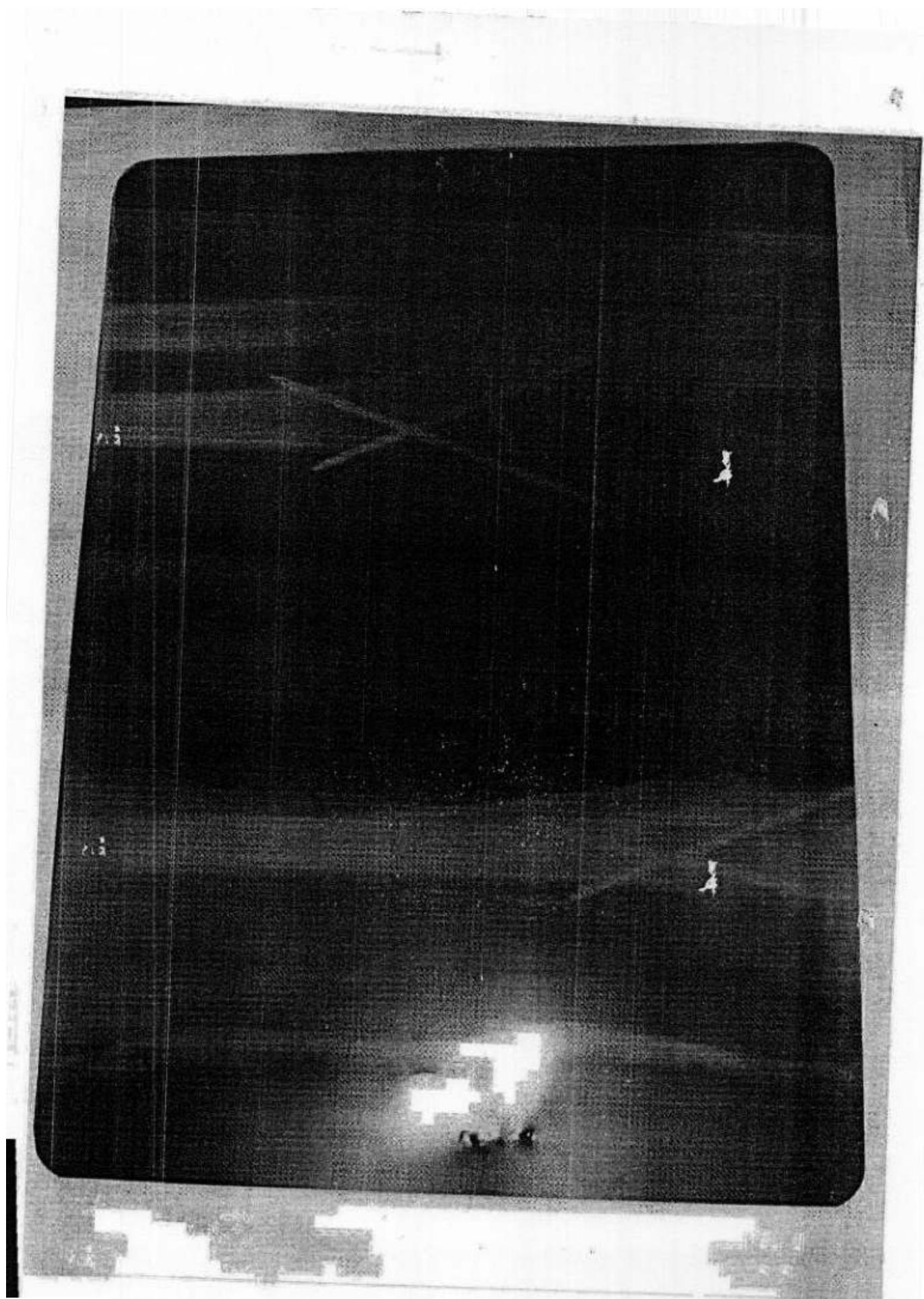
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 19:54:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011819542459200000036705088>  
Número do documento: 21011819542459200000036705088

Num. 38491788 - Pág. 22



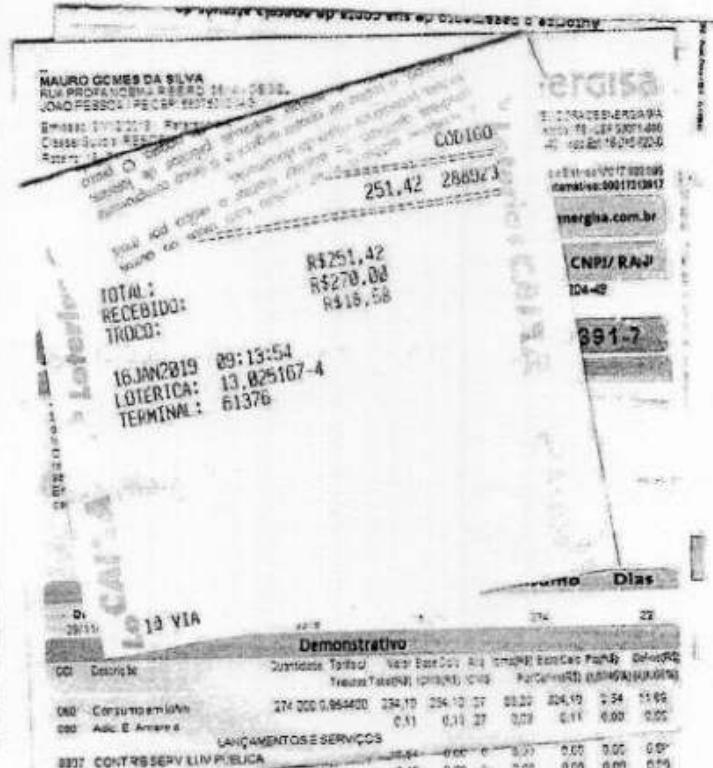
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 19:54:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011819542459200000036705088>  
Número do documento: 21011819542459200000036705088

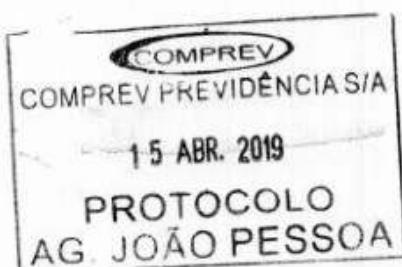
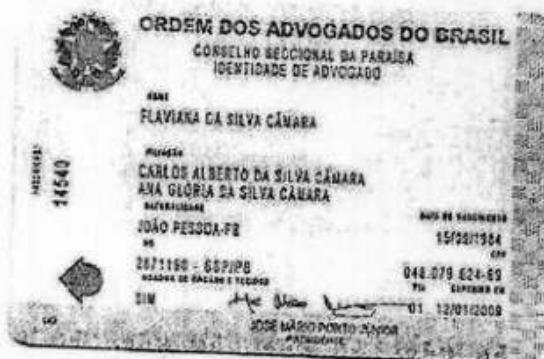
Num. 38491788 - Pág. 23



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 19:54:25  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011819542459200000036705088>  
Número do documento: 21011819542459200000036705088

Num. 38491788 - Pág. 24





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190276708      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR      **Data do acidente:** 29/08/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 10/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>		<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>	



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190276708      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR      **Data do acidente:** 29/08/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 10/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DO RÁDIO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁGINA 2 E 7.

**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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>		<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>	



## PROCURAÇÃO

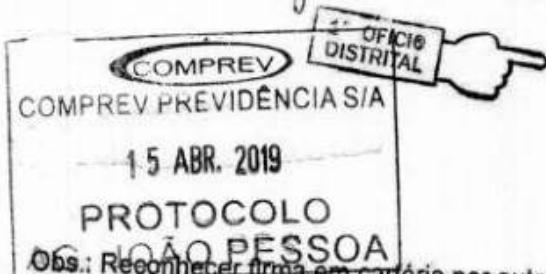
Outorgante: Mauro Gomes da Silva Junior, brasileiro(a), estado civil sposseiro, profissão instalador de instalações, residente e domiciliado à Rua 8 de Setembro, número 25A, bairro Geisel, Municipio de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 58075210, portador(a) do RG nº 3752956, SSP/PB e CPF nº 103.678.604-81

Outorgado: Floriana de SIlva Jembra, brasileiro(a), estado civil sposseira, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua da República, número 10, bairro Centro, Municipio de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 58079629-69, portador (a) do RG nº 2671190, SSP/ PB e CPF nº 048.079.629-69

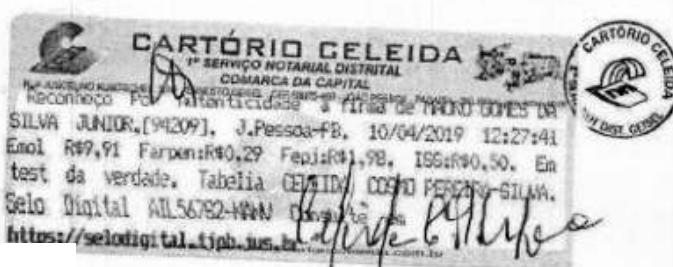
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Mauro Gomes da Silva Junior, ocorrido em 28/08/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza Indenizatória.

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.

João Pessoa, 10, de 04, de 2019.



Mauro Gomes da Silva Junior  
Outorgante  
CPF Nº 103.678.604-81



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127994/19

**Número do Sinistro:** 3190276708

**Vítima:** MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

**CPF:** 103.678.604-81

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 29/08/2018

**Titular do CPF:** MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

### ATENÇÃO

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

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

**Documentação recebida sem conferência.**

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/04/2019  
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA  
CPF: 048.079.624-69

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0127994/19

**Vítima:** MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

**CPF:** 103.678.604-81

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 29/08/2018

**Titular do CPF:** MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

#### MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR : 103.678.604-81

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/04/2019  
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA  
CPF: 048.079.624-69

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019  
Nome: IVANEIDE DE PAIVA FREIRE  
CPF: 930.630.914-72

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE





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

**Processo: 08041816120198152003**

**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 **MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR**, 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, qual seja **R\$ 1.687,50 (UM MIL E SEISCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)**.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Inválidez 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 a valor inferior ao pagamento efetuado administrativamente**, 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, 14 de janeiro de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 18/01/2021 19:54:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011819542554400000036705089>  
Número do documento: 21011819542554400000036705089

Num. 38491789 - Pág. 1

**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 - 18/01/2021 19:54:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21011819542554400000036705089>  
Número do documento: 21011819542554400000036705089

Num. 38491789 - Pág. 2