



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	
MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR (AUTOR)		FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (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
38491787	18/01/2021 19:54	Petição	Petição
38491788	18/01/2021 19:54	2694745_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
38491789	18/01/2021 19:54	2694745_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	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, 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

00060112



Carta nº 14197954





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, 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, 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 14197955

Pag. 01199/01200 - 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, 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, 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

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 103.678.604-81 Nome completo da vítima: Mauro Gomes do Silva Junior

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

Nome completo: Mauro Gomes do Silva Junior CPF: 103.678.604-81

Profissão: aux de instalação Endereço: Rua Neuma Ribeiro Número: 35A Complemento: _____

Bairro: Geisel Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 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)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0037 CONTA: 22663 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.

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 assinalei 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 dias após o pedido.

Pelo motivo assinado, 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 previsão de concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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) ☐ Divorçado ☐ 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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 10/04/2019

Nome: Mauro Gomes do Silva Junior

CPF: 103.678.604-81

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A.

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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 Nº 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 Farmácia Globo, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(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:

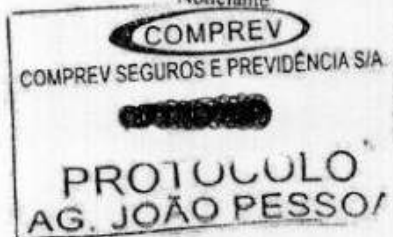
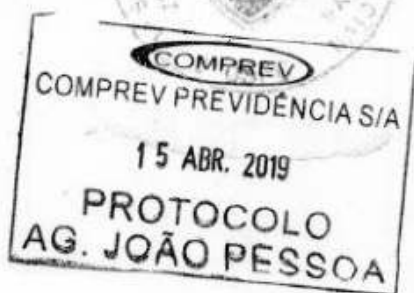
Que no dia 29/08/2018 as 08:00hs, foi vítima de acidente de (moto x moto), quando estava guiando a moto Honda Pop 110 I, nao/mod 2018, de placa OFX-9772/pb, chassi. 9C2JB0100JR023572 registrada no Detran/pb em nome de sua tia Josefa Parana de Oliveira. Que a colisão aconteceu na Av. Bandeirante, Bairro Tambiá, 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, la chegando as 09h20min foi atendido e submetido a avaliação medica e exames de imagem que evidenciou fratura de rádio distal direito. CID.10 S 52.0

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

João Pessoa/PB, 10 de abril de 2019.

JOSÉ INÁCIO DA SILVA NETO
Agente de Investigação

MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR
Noticiante



Procedimento Policial: 03961.01.2019.1.00.401





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 ASL: _____ CPF da vítima: 103.678.604-81 Nome completo da vítima: Mauro Gomes do Silva Junior

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

Nome completo: Mauro Gomes do Silva Junior

Profissão: aux de instalação Endereço: Rua Neuma Ribeiro Nº: 35A Complemento: _____

Bairro: Geisel Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58000-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

DADOS CADASTRAIS
RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 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 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.

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 assinalei 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 dias após o pedido.

Pelo motivo assinado, 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 prova de concordância 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) ☐ Divorçado ☐ 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 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não habilitado
Local e Data: João Pessoa, 10/04/2019
Nome: Mauro Gomes do Silva Junior
CPF: 103.678.604-81

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

15 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, 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 03.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

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: Tambiá - 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
Estatístico
CREIS 192 IP

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

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A
PROTUCULO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 ABR. 2019
PROTUCULO
AG. 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
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

Ficha Nr: 158624 Atd: Nao Regula
Data: 29/08/2018
Hora: 09:20:11
Recepcionista: GEOVANA DO SANTOS
Clinica: ~~XXXXXXXXXX~~ *Qtopid*

FAX: () - CNPJ:

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
INFORMACOES DE ENTRADA Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Escolaridade:
Resp.: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR
Tel/Doc. Responsavel: 986646967 / CARTAO SUS: 700000083544105
Residência: RUA

Transporte utilizado: SAMU

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

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRÉ-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:	FR:	[X] Aparentemente Bem	[] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado	[] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia	[] Dispineia
Glicemia:	IMC:	[] Diarreia	[] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular	[] Chocado
		[] Vomito	
		Observacao	

Queixa Principal

COLISAO MOTO COM, MOTO NEGA DESMAIOM SIC

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

fo Rodo Lsh *(D)*

Diagnostico

Conduta

Intern

Prescricao

Horario da medicacao

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
15 ABR. 2019
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

Daniel Conserva Arruda
MEDICO
CRM 11134



Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberação

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência ☐ Transferido ☐ Desistência ☐ 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

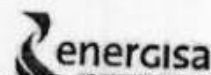
Nr. da Autenticação D658F07E3B44393B



DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
O documento não é segunda-via de conta.

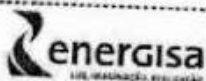
Bolero para simples pagamento de nota fiscalizada de energia elétrica: N° 022.663.032



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 336, Km 20 - Centro Redentor - Jussara / PR - CEP 84071-400
CNPJ 08.095.182/11-25-40 INSC EST 16.615.923-6

DADOS DO CLIENTE MAURO GOMES DA SILVA RUA PROFª NOEMIA RIBEIRO 35 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



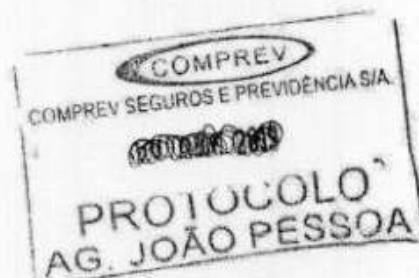
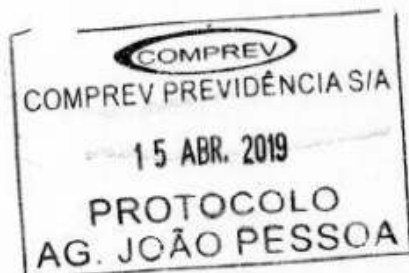
DETALHAR AQUI

MAURO GOMES DA SILVA

Roteiro: 18-003-781-1365

83600000002-3 06400149500-8 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: 09.065.183/0001-40 INSC. EST.: 160158230

REAVISO DE CONTA

07 - 001 - 409 - 3140 B

CDC: 0000280012 - 6

PEDRO JOSE DA SILVA
RUA DA REPUBLICA 390
JOAO PESSOA

VARADOURO

CEP: 58.010-18

Domicílio:

697 Medidor: 00008162616

Coordenadas: -1,121236, -34,889865

Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA PLACAS



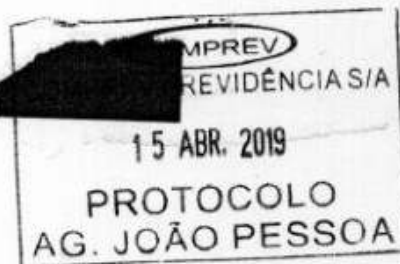
Para Uso do Entregador

- ☐ Mudou-se
- ☐ Endereço Insuficiente
- ☐ Não Existe o Nº Indicado
- ☐ Desconhecido
- ☐ Recusado

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

Reintegrado em:

Ass./ 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/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro 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 COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Flaviana da Silva Jâmora inscrita (a) no CPF/CNPJ 048.092.624 / 69
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Mauro Gomes do Silveira Junior inscrito
(a) no CPF sob o Nº 103.678.604 / 81, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima
Mauro Gomes do Silveira Junior, inscrito (a) no CPF sob o Nº 103.678.604 / 81, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão:

Renda:

COMPREV

e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 ABR. 2019

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		Número		Complemento	
Rua da República		390			
Bairro	Cidade	Estado	CEP		
Centro	João Pessoa	PB	58010-180		
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	

f. Perroa 10 de 04 de 2019
Local e Data

Flaviana da Silva Jâmora
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Josefa Perana 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 N. Rocha, nº 123,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado 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 110i

Ano: 2018

Placa: OFX 9772

Chassi: 9C2JB0100JR023572

Data do Acidente: 29 Agosto 2018

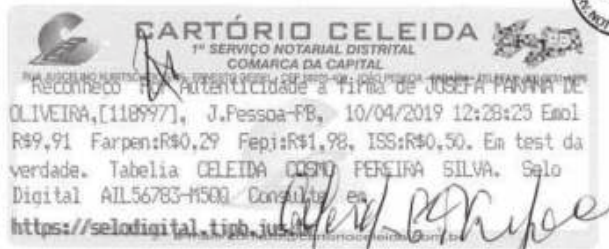
Local e Data: R. Professora Batista Leite, João Pessoa, 10/04/2019



Josefa Perana de Oliveira
Assinatura do Declarante

X _____

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





CERTIDÃO

Nº. 0291/2019

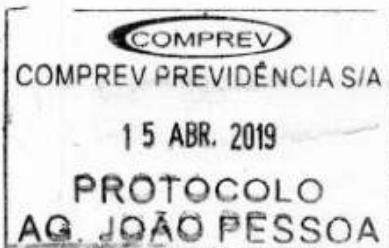
Atendendo solicitação de **MAURO GOMES DA SILVA JR** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº158624 e prontuário nº2018.08.004492 pertencente 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, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 25 de março de 2019

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



Rosângela 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 R1		2º Assistente:			
Anestesista: EUCLIDES		Instrumentador:			
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fratura do Rádio Distal DIREITO</i>					<i>S52.5</i>
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<i>Redução Incruenta + Fixação Percutânea</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					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 5/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE SAÚDE

FORMULÁRIO DE ANESTESIA

NOME: Maurício Lopes da Silva DATA: _____

ESTADO CIVIL: Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Desquitado ☐ SEXO: Masculino ☐ Feminino ☐ COR: Branco ☐ Preto ☐ Pardo ☐ Profissão: _____ Idade: _____

ENDEREÇO: Av. (Rua) HOSPITAL: _____

AIH ☐ CP ☐ MAT ☐ COD ☐ INSC ☐ GIH ☐ OUTRAS ☐ CATEGORIA: _____

DIAGNÓSTICOS: _____

OPERAÇÃO REALIZADA: Ressecção de Píloro

CIRURGIÃO: _____ AUXILIAR: _____

INÍCIO ANESTESIA: _____ TÉRMINO DA ANESTESIA: _____ DURAÇÃO DA ANESTESIA: _____

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____ QUANT. DE US (PONTOS): _____ VALOR R\$: _____

666-1105 CPF: _____ CRM-FB: 8416

HORA: _____

AGENTE: _____

CÓDIGOS

ANESTESIA (O) CIRURGIA (C) PULSO (P)
T. ARTERIAL (ISTOLÓGICA - DIASTOLÓGICA) (M)
RESPIRAÇÃO (O) RESPIR. CONT. (RC)
RESPIR. ASSISTIDA (OA) RESPIR. ESPONTÂNEA (RE)
ENT. OROTRAQUEAL (BOT) ENT. NASOTRAQUEAL (BNT)
ENTUBAÇÃO (EXT)

PRESSÃO ARTERIAL: _____ PULSO: _____ RESPIRAÇÃO: _____ TEMPERATURA: _____ PESO: _____ GRUPO SANGÜÍNEO: _____

EST. GERAL: BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO ☐ RISCO CIRÚRGICO: BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO ☐

EXAMES COMPLEMENTARES: _____

PRÉ ANESTÉSICO: _____

EXAMES COMPLEMENTARES: _____

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS ☐

TÉCNICA: Sedação + Arterial

MEDICAMENTOS GASTOS NO ATO ANESTÉSICO

1. <u>Propofol</u>	2. <u>Fentanil</u>	3. <u>Midazolam</u>	4. <u>D.P.I. 100</u>	5. <u>ILU 11</u>	6. <u>Lidoc. 1%</u>	7. <u>Citrate 2-1</u>	8. _____	9. _____	10. _____
--------------------	--------------------	---------------------	----------------------	------------------	---------------------	-----------------------	----------	----------	-----------

OBSERVAÇÕES: _____





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Marcos Gomes da Silva Jr Data da Admissão: 1/1/
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento 1/1/

QPD: Dor em punho @

HDA: Pit com queixas de dor em punho @
após trauma

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-reposou [] 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 [] 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 = _____ 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
CONSCIÊNCIA					
ACORDADO	2		2		
RESPONDENDO AO CHAMADO	1				
NÃO RESPONDENDO	0				
RESPIRAÇÃO					
CAPACIDADE DE RESPIRAR PROFUNDAMENTE OU TOSSIR	2		2		
DISPNÉIA	1				
APNÉIA	0				
CIRCULAÇÃO					
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				
ATIVIDADE MUSCULAR					
MOVIMENTO MUSCULAR DAS EXTREMIDADES 4	2		2		
MOVIMENTO MUSCULAR DE 2	1				
AUSÊNCIA DE MOVIMENTO	0				
COLORAÇÃO DA PELE					
ROSADO, QUENTE	2		2		
PALIDO, TERROSO, ICTÉRICO	1				
CIANÓTICO	0				
TOTAL					

INTERCORRÊNCIAS	MEDICAÇÃO	HORÁRIO	ASSINATURA

Anestesiologista



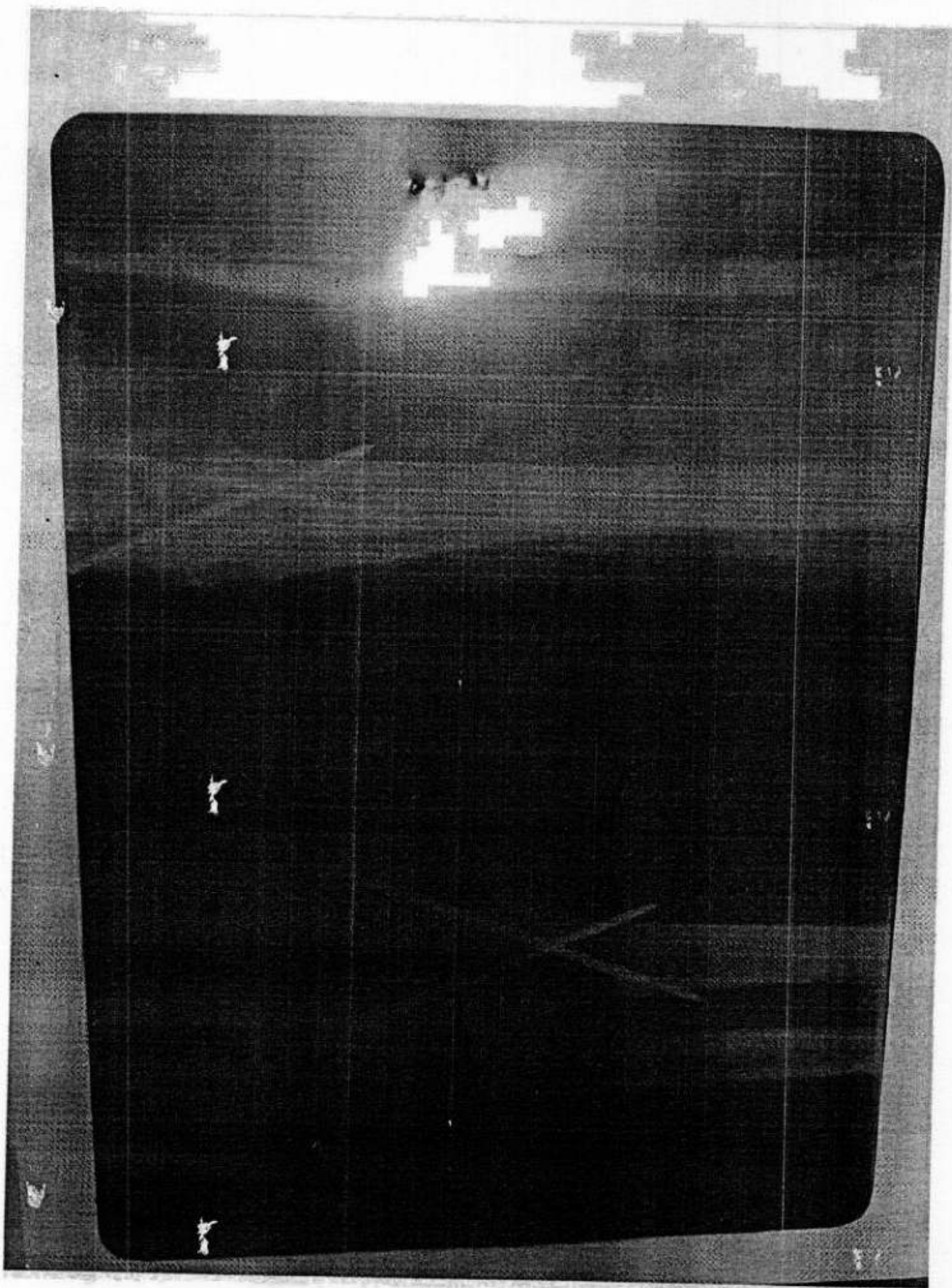
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
<i>Paciente em decúbito dorsal sob anestesia</i>
<i>Assepsia + Antissepsia</i>
<i>Aposição de campos cirúrgicos estéreis</i>
Incisão:
Achados:
<i>Visualização de fratura do rádio distal DIREITO</i>
Conduta:
<i>Realizada manobra para redução de fragmentos ósseos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

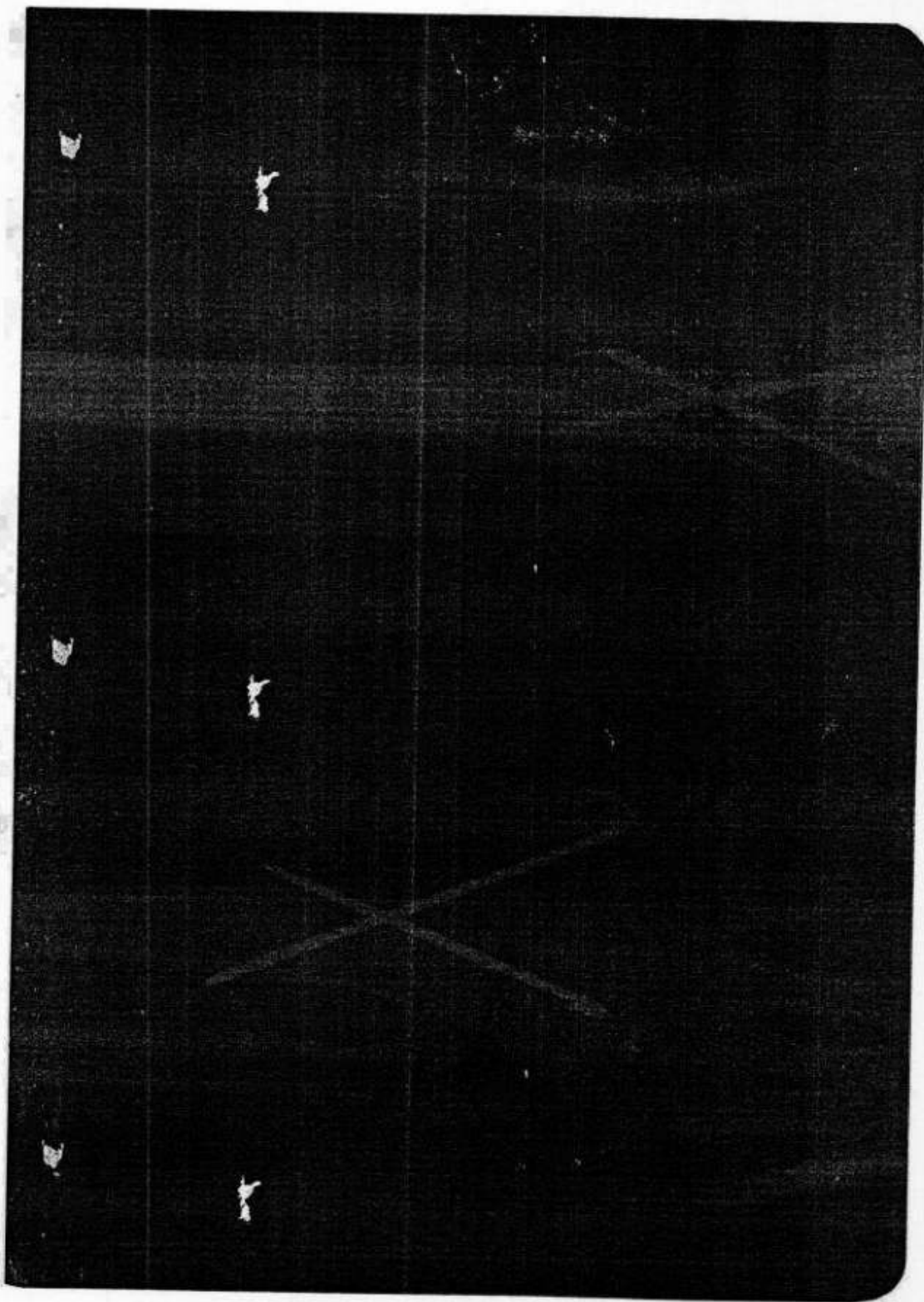
Data: 06 / 09 / 2018

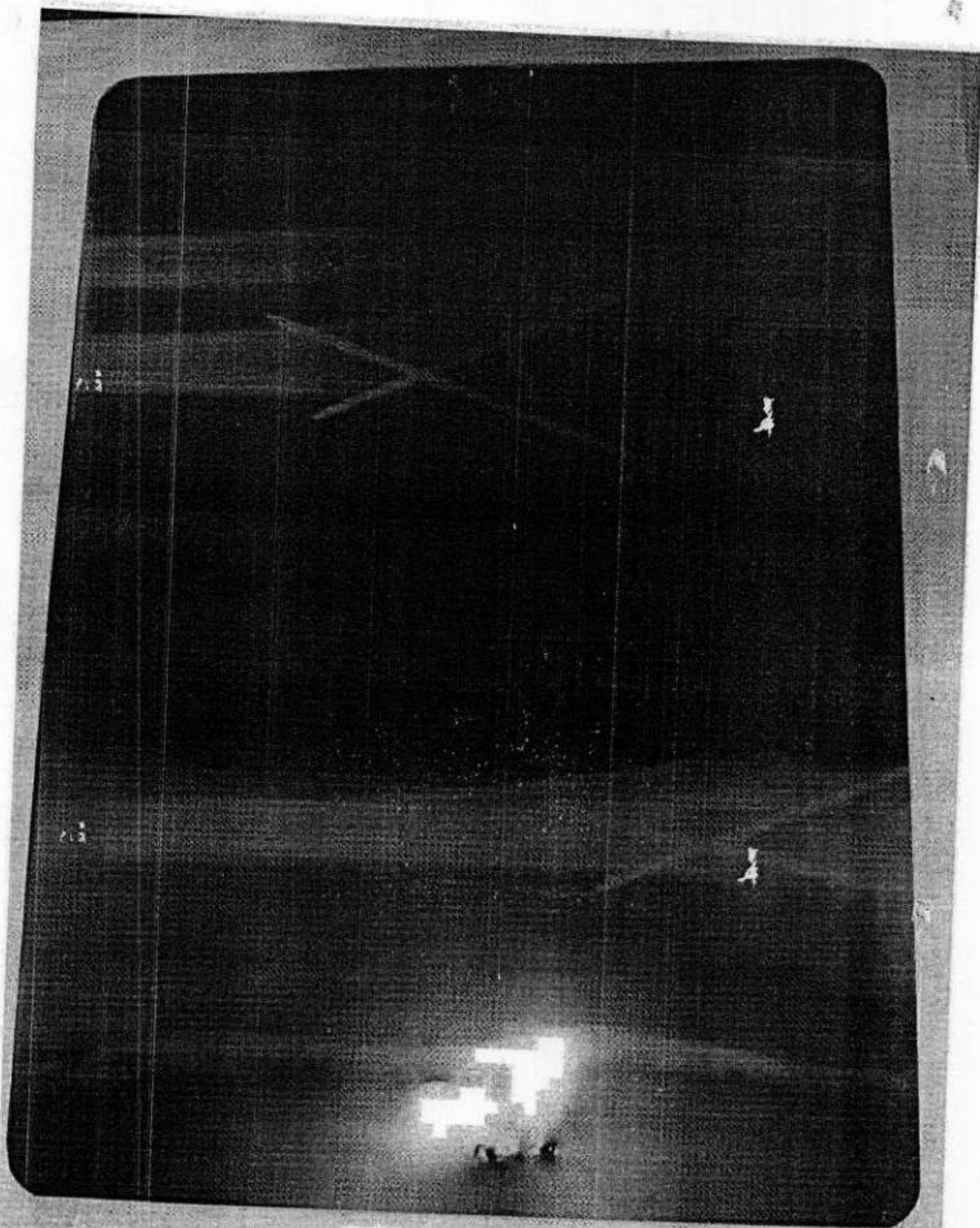
[Assinatura]
 Dr. Vanderson Carvalho Jr.
 Médico
 CRM-PB 7692
 MEDICO/CRM

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









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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

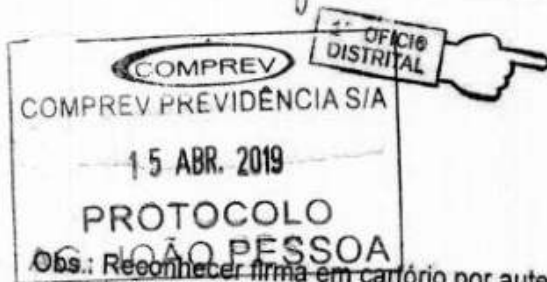
Outorgante: Mauro Gomes da Silva Junior, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão aux. de instalação, residente e domiciliado à Rua N.º 384 - Neome Ribeiro, bairro Geisel, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58075210, portador(a) do Rg nº 3752756, SSP/PB e CPF nº 103.678.604-81

Outorgado: Flores da Silva Gomes, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua da República, nº 1, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58075210, portador (a) do RG nº 2671190, SSP/PB e CPF nº 048.079.629-69

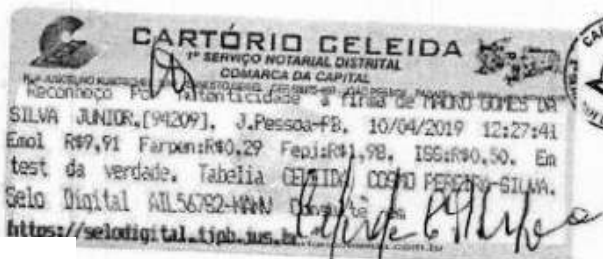
Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Mauro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

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

CPF de: Próprio

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 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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 29/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MAURO GOMES DA SILVA JUNIOR

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 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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

IVANEIDE DE PAIVA FREIRE





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª 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.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, 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 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 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.joaobarbosaadvass.com.br



15477 - OAB/PB

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