



Número: **0801110-23.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **09/01/2020**

Valor da causa: **R\$ 5.000,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROSENILDO PEREIRA DA SILVA (AUTOR)		FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35842216	23/10/2020 14:44	Petição	Petição
35842221	23/10/2020 14:44	2696006_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
35842225	23/10/2020 14:44	2696006_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, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190620138

Vítima: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 20/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15060616





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, 20 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190620138

Vítima: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 20/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **ROSENILDO PEREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000000904**

Conta: **000000011859-8**

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 754 190 764-20 4 - Nome completo da vítima: Rosenildo Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: Rosenildo Pereira da Silva 6 - CPF: 754 190 764-20
7 - Profissão: Pêso geral 8 - Endereço: R. São Francisco 9 - Número: 200 10 - Complemento:
11 - Bairro: Inze de Maio 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - TIPO 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: 0904 CONTA: 00011859-8
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, João Pessoa, 21/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019





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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 12247.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 12247.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:02 horas do dia 21 de outubro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Adonis Coelho Regadas, Agente de Investigação, matrícula 1331728, ao final assinado, compareceu **Rosenildo Pereira da Silva**, CPF nº 754.190.764-20, RG nº 296846697 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), profissão Serviços Gerais, filho(a) de Maria Nazare Pereira da Silva e José Vicente da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 29/06/1970 (49 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) R. São Francisco, Nº 200, complemento Casa, bairro Treze de Maio, tendo como ponto de referência Próximo Ao Hospital, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98630-7471.

Dados do(s) Fatos:

Local: Próximo a Auto Escola Rainha da Paz, João Pessoa/PB, bairro Bancários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 20/07/19 20:45h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia sua motocicleta, HONDA/CG 125 FAN, ano/mod. 2008, Cor: Preta, placa: MNY9393/PB, - Chassi: 9C2JC30708R146226, na Av. Sergio Guerra próximo a Auto Escola Rainha da PAZ sentido Bancário/Castelo Branco, quando foi surpreendido por outro veículo uma motocicleta, que colidiu do lado direito do veículo do noticiante evadindo -se do local, fazendo com que o mesmo caísse ao solo, e logo após foi conduzido por uma viatura da PM, até o Hospital Complexo Hospitalar - Mangabeira - Gov. Tarcísio Burty, sendo atendido onde apresentou trauma em falange distal de 2º quirodáctilo direito, sendo submetido a avaliação médica e exame de imagem. Conforme CERTIDÃO Nº 1317/2019 emitida pela Dra. Rosângela M. Escorel Almeida - Médica Intensivista CRM: 3883.

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

João Pessoa/PB, 21 de outubro de 2019.


ADONIS COELHO REGADAS
Agente de Investigação


ROSENILDO PEREIRA DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 12247.01.2019.1.00.401

1/1





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 754 190 764-20 4 - Nome completo da vítima: Rosenildo Pereira da Silva

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

5 - Nome completo: Rosenildo Pereira da Silva 6 - CPF: 754 190 764-20
7 - Profissão: Pêso geral 8 - Endereço: R. São Francisco 9 - Número: 200 10 - Complemento:
11 - Bairro: Inze de Maio 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP:
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - Tipo de Conta: ☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0904 CONTA: 00011859-8 AGÊNCIA: CONTA:

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) nascido? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 21/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





CERTIDÃO

Nº. 1317/2019

Atendendo solicitação de **ROSENILDO PEREIRA DA SILVA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº246716 pertencentes ao paciente que foi atendido dia 20/07/2019 às 21H11min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em falange distal de 2º quirodáctilo direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou amputação traumática em 2º quirodáctilo direito.

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

João Pessoa, 12 de agosto de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



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

Ficha Nr: 246716 Atd: Nac
Data: 20/07/2019
Hora: 21:11:11
Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAV
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.07.002484

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 29684669 Fone: 988657282

Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 29/06/1970 Id: 49 ano(s)

End.: RUA SAO FRANCISCO, 200

Bairro: TREZE DE MAIO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MARIA NAZARE PEREIRA DA SILVA

Pai: JOAO CVICENTE DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: O MESMO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO AS 20:50 HS NOS BANCARIOS

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA:

FR:

EC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Queixa Principal

Observacao

PACIENTE VITIMA DE AMPUYTACAO TRAUMATICA DE
FALANGE DO DEDO INDICADOR

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA (SIC)

Historia - Exame Fisico

03/06/2019 06:11
04/06/2019 05:58 (7480)
04/06/2019 07:33
Paciente vitima
de amputação traumática em falange distal
em 2º Q.D. Nega vômitos, síncope ou incontinência.
Estava em uso de epocato. Episódio traumático
ocorreu há 20 min.

Prescrição

Horario da medicacao

Do de ortopedic

Paulo Marcelo F. Fange
MR. Cirurgião Geral
CRM: 1580

Dr. da MÃ Dina

Dr. Thales Cauceiro
Ortopedista-Traumatologia
CRM-PA 0878

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

HD: Análise de lesões físicas
data de 20/10/2020

1 - 1600mg acet + Lts

Dr. Thales Cauceiro
Ortopedista-Traumatologia
CRM-PA 0878

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

1 - Hidrocodona 100mg
1 - 500 5.000 mg
1 - Cetarilina 10mg

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência
☐ Alta a pedido

☒ Transferido
☒ Enfermaria

☐ Desistência
Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo

Dr. Thales Cauceiro
Ortopedista-Traumatologia
CRM-PA 0878



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: 13/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00904

CONTA: 000000011859-8

Nr. da Autenticação F1616B64706B004F



extra



CTC RECIFE PE 127
ROSENILDO PEREIRA DA SILVA
R S FRANCISCO 200
TREZE DE MAIO
58025-290 JOAO PESSOA - PB

PC-16



721109423014260000000002030 050819

Fechamento próxima fatura: 03/09/2019

Postagem: 05/08/2019

Vencimento: 17/08/2019

Emissão: 03/08/2019

Itaú



Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	2.332,97
Pagamento efetuado em 17/07/2019	2.300,00
Saldo financiado	19,99
Encargos (financiamento + manutenção)	6,34
Lançamentos atuais	1.742,46
Total desta fatura	1.788,62

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com encargos e juros, apurados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

Titular **ROSENILDO PEREIRA DA SILVA**
Cartão **5274.XXXX.XXXX.9827**

Para que espere a fatura impressa chegar em casa? Mude agora para a Fatura Digital. Acesse itau.com.br/cartoes/cadastro-fatura-digital

vencimento
17/08/2019

A) pagamento total R\$
1.788,62

B) pagamento mínimo* R\$
268,29
+12x 232,26

Veja outras opções de
parcelamento na
2ª folha dessa fatura.

* Você pode pagar qualquer valor acima de R\$ 268,29. O que restar para o valor total será parcelado em 12X, com encargos.

B) Pagamento mínimo: o valor pago será considerado como entrada de um financiamento, e o saldo restante será dividido em parcelas fixas com juros iguais ao do parcelamento (Parcelas Fixas) da fatura. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo para financiamento, você estará em atraso, incidindo em juros, multa e mora.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	11.400,00
Limite utilizado no mês	9.082,95
Retirada de recursos Positivo	520,00

Lançamentos: compras e saques

ROSENILDO P SILVA (final 9827)

DATA	ESTABELECEMENTO	VALOR
28/09	MERCADOPAGO	158,37
18/09	Chaves	
26/11	Loja 1387 - Extra 09/10	19,99
17/01	DIVERSOS Pessoa Tamboré	
17/01	Loja 1387 - Extra 07/18	88,83
17/01	DIVERSOS Pessoa Tamboré	
17/01	Loja 1387 - Extra 07/18	14,05
18/01	DIVERSOS Pessoa Tamboré	
18/01	Loja 1387 - Extra 07/18	5,20
09/03	Montagemup 05/10	215,30
09/03	MONTAGEMUP	
09/05	Loja 1387 - Extra 03/04	17,47
10/05	DIVERSOS Pessoa Tamboré	
10/05	Loja 1387 - Extra 03/20	49,95
10/05	DIVERSOS Pessoa Tamboré	

Compra presencial
com o uso do cartão e senha

Continuar...



Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75769 65123.082045 00094.470002 3 000

Número do Documento: 00076651230/0003690
Nome do Pagador/CPF/CNPJ: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA - 754.190.764-20
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ: FINANCEIRA ITAÚ CDO S.A. - 06.881.898/0001-30
Endereço do Beneficiário: PCA ALFREDO EGYDIO DE SOUZA ARANHA, 100, TWMS 5º A, JABAQUARA - SÃO PAULO - SP

Nosso Número: 175/76651230-8
Valor do Documento: R\$ 1.788,62
Vencimento: 17/08/2019
Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.		341-7	34191.75769 65123.082045 00094.470002 3 000	
Local de Pagamento: Pague sua fatura em qualquer banco, mesmo após a data de vencimento. De preferência para o pagamento até a data de vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.				Data de Vencimento: 17/08/2019
Nome do Beneficiário (CPF/CNPJ/Endereço): FINANCEIRA ITAÚ CDO S.A. - 06.881.898/0001-30 PCA ALFREDO EGYDIO DE SOUZA ARANHA, 100, TWMS 5º A, JABAQUARA - SÃO PAULO - SP				Agência / Código Beneficiário: 2040/00944-7
Data do Documento: 17/08/2019	Número do Documento: 00076651230/0003690	Especie DOC: FT	Ambito: N	Data de Processamento: 03/08/2019
Uso do Banco: Carteira: 175 Bônus: R\$	Quantidade: 1	Valor: R\$ 1.788,62		(m) Valor do Documento: R\$ 1.788,62
Intenção de Responsabilidade do Beneficiário: Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". De preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (i) Pagar quantia, a partir do valor constante em Pagamento Mínimo, financiando o restante da fatura em parcelas iguais, com os mesmos juros de Parcelas Fixas; (ii) optar por uma das opções de Parcelas Fixas disponíveis na 2ª folha da sua fatura, pagando o valor exato de parcela até a data do vencimento.				(i) Parcelas / Abatimento: (ii) Juros / Multa (iii) Valor Pago
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA - 754.190.764-20 R S FRANCISCO 200 - TREZE DE MAIO - 58025-290 JOAO PESSOA - PB Sacador Avalista:				



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 14:44:17

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102314441733200000034230661

Número do documento: 20102314441733200000034230661

Num. 35842221 - Pág. 10

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: 09.095.183/0001-40 INSC. EST.: 180158230

REAVISO DE CONTA

06 - 001 - 409 - 3140

B

CDC: 0000280012 - 6

PEDRO JOSE DA SILVA

RUA DA REPUBLICA 390

JOAO PESSOA

VARADOURO

CEP: 58.010-18

Domicílio:

971 Medidor: 00008162616

Coordenadas: -7,121236, -34,889865

Referência: PX. A LOJA CRIATIVA ONDE FABRICA FLACAS



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 COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Flaviana da Silva Gomes inscrito (a) no CPF/CNPJ 048.079.624/69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Rosendo Pereira do Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 754.190.764/20 do sinistro de DPVAT cobertura incólides da Vítima Rosendo Pereira do Silveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 754.190.764/20, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Rua da República</u>		Número <u>390</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58010-180</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83)98873-0310</u>

7 de Junho de 2020
 Local e Data

Flaviana da Silva Gomes
 Assinatura do Declarante





CERTIDÃO

Nº. 1317/2019

Atendendo solicitação de **ROSENILDO PEREIRA DA SILVA** e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº246716 pertencentes ao paciente que foi atendido dia 20/07/2019 às 21H11min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em falange distal de 2º quirodáctilo direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou amputação traumática em 2º quirodáctilo direito.

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

João Pessoa, 12 de agosto de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



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

Ficha Nr: 246716 Atd: Nac
Data: 20/07/2019
Hora: 21:11:11
Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVALCANTE
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 29684669 Fone: 988657282 Num. Prontuario: 2019.07.002484
Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 29/06/1970 Id: 49 ano(s)
End.: RUA SAO FRANCISCO, 200
Bairro: TREZE DE MAIO Cidade: JOAO PESSOA UF: PB
Mae: MARIA NAZARE PEREIRA DA SILVA Pai: JOAO CVICENTE DA SILVA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: CASADO(A)
Ocupação: PORTEIRO SEM ESPECIFICACAO Escolaridade:
INFORMACOES DE ENTRADA
Resp.: O MESMO
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO AS 20:50 HS NOS BANCARIOS

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

PA: FR:
EC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE AMPUTACAO TRAUMATICA DE NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA (SIC)
FALANGE DO DEDO INDICADOR

Historia - Exame Fisico

Paciente vitima de amputacao traumatica em falange distal em 2º Q.D. Nega vomitos, síncope ou incontinência. Episódio traumático ocorreu há 20 min.

Prescrição

Horario da medicacao

Do do ortopedic

Paulo Roberto F. Fange
MR. Cirurgião Geral
CRM: 1580

Dr. da M. D. Silva

Dr. Thales Cauceiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 0878

Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

HD: Análise de lesões físicas
data de 20/10/20

1 - 1600mg acet + Lts

Dr. Thales Cauceiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 0878

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde | Medicamentos | Dose | Horário | Evolução

1 - Hidrocortisona 100mg
1 - 500 5.000 mg
1 - Ceftriaxona 1g

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residência
☐ Alta a pedido

☒ Transferido
☒ Enfermaria

☐ Desistência
Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo

Dr. Thales Cauceiro
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PA 0878







MINISTÉRIO DA DEFESA
FORÇA ARMADA BRASILEIRA
FORÇA AERONÁUTICA

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 292944457 **RG: 292944457**

DATA NASCIMENTO: 29/06/1970

PAIS: BRASIL

JOSE VICENTE DA SILVA
MARIA KADARE PEREIRA DA SILVA

PROFISSÃO: MOTORISTA **ACE: 00000000** **GRUPO: A3**

VALIDADE: 22/05/2023 **1ª EMISSÃO: 26/10/2007**

164395032
164395032

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
RT 20190050239388-0
1 0095635121-2 00/0000000 2019

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

75419076420 **PLACA: MNY9393/PB**

NOVO **PR: 9C2JC30708R146226**

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC **GASOLINA**

HONDA/CG 125 FAN **2008** **2008**

2 P/124 /C1 **PARTIC** **PRETA**

00/00/0000 **1** **2**

0 **3**

SEGURO P A G O 05/06/2019

SEM RESERVA DE DOMINIO OBRIGATORIO

AD VALDO PARA TRANSFERENCIA 0

JOAO PESSOA-PB **05/06/2019**

41793 **19551**

19551-1158188-20190505

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

75419076420 **PLACA: MNY9393/PB**

00956351212 **HONDA/CG 125 FAN**

2008 **9** **9C2JC30708R146226**

PRÊMIO TARIFARIO

SEGURO **P A G O 05/06/2019**

SEGURO LÍDER - DPVAT



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385529/19

Vítima: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 754.190.764-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/07/2019

Titular do CPF: ROSENILDO PEREIRA DA
SILVA

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA : 754.190.764-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

3190620138

ATENÇÃO

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

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

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

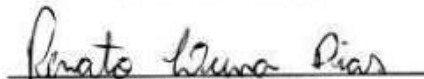
Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/11/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98


RENATO LUNA DIAS



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190620138 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 20/07/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO E REGULARIZAÇÃO DO COTO, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 01 //

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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190620138 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 20/07/2019 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE AMPUTAÇÃO DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO E REGULARIZAÇÃO DO COTO, ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: AUSÊNCIA CIRÚRGICA DA FALANGE DISTAL DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL PERDA ANATÔMICA PARCIAL DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: DOC PÁG. 01 //

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
Dedos mão-Perda anatômica completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PROCURAÇÃO

Outorgante: Rosenildo Pereira da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão porteiro, residente e domiciliado à Rua S. Francisco nº 200, bairro Fazenda de Mauro, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 55010-000, portador(a) do Rg nº 296.946.697, SSP/PB e CPF nº 754.190.764-20

Outorgado: Flaviana da Silva Gomes, brasileiro(a), estado civil porteira, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua da República nº 310, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 55010-000, portador (a) do Rg nº 267.1190, SSP/PB e CPF nº 048.049.624-69

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) Rosenildo Pereira da Silva, ocorrido em 20/07/2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza inodidez

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 21, de 10 de 2019.

Rosenildo Pereira da Silva
Outorgante
CPF Nº 754.190.764-20

CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385529/19

Vítima: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 754.190.764-20

Seguradora: COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DA BAHIA

Data do acidente: 20/07/2019

Titular do CPF: ROSENILDO PEREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

ROSENILDO PEREIRA DA SILVA : 754.190.764-20

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 04/11/2019
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

RENATO LUNA DIAS





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

Processo: 08011102320208152001

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 subscreeve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ROSENILDO PEREIRA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

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



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 21 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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

