



Número: **0830389-74.2019.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **29/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>GIOVANNI RAMOS DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>MICHELEN HELIA ARAUJO LIMA (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36531 167	11/11/2020 13:58	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
36531 169	11/11/2020 13:58	<a href="#"><u>2700217_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
36531 170	11/11/2020 13:58	<a href="#"><u>2700217_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 13:58:15  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111113581371100000034874427>  
Número do documento: 20111113581371100000034874427

Num. 36531167 - 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, 20 de Março de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190208374**      **Vítima: GIOVANNI RAMOS DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/10/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MICHELEN HELIA ARAUJO LIMA**

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

**Senhor(a), GIOVANNI RAMOS 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, 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 14076716

Pag. 01893/01894 - carta\_01 - INVALIDEZ



00010947



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 13:58:17  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111113581559400000034874429>  
Número do documento: 20111113581559400000034874429

Num. 36531169 - 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, 05 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190208374**      **Vítima: GIOVANNI RAMOS DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/10/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MICHELEN HELIA ARAUJO LIMA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GIOVANNI RAMOS DA SILVA**

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

**Recebedor: GIOVANNI RAMOS DA SILVA**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 001**

**Agência: 000008253-8**

**Conta: 000001664-0**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

**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



SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos de Campina Grande

**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**  
**Nº00001.01.2019.2.00.420**

## OCORRÊNCIA(S)

**Suposto(s) Autor(es):**

## Tipificação 1: LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO

Data da Ocorrência: 27/10/2018

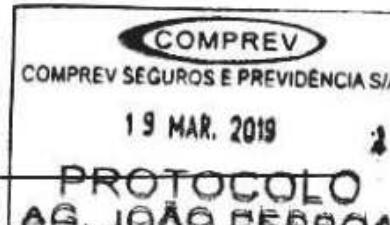
#### **Forma da Comunicação: Verbal**

**Endereço:** Rua Barão do Abiai, Centro, Campina Grande, PB.

**Ponto de referência:** Perto do Em Frente Ao Shop do Alemão

**PARTE(S)**

TESTEMUNHA	<b>Nome:</b> Giovanni Ramos da Silva	<b>Conhecido por:</b> Não informado
	<b>Filiação:</b> Maria Edvânia Dantas Ramos e Ildevandro da Silva Rocha	<b>Identidade de Gênero:</b> masculino
<b>Idade:</b> 22	<b>Data de Nascimento:</b> 22/04/1996	<b>Naturalidade:</b> Campina Grande
<b>Nacionalidade:</b> brasileira		<b>Profissão:</b> Autonomo
<b>Estado Civil:</b> solteiro(a)		<b>Matrícula:</b> Não informado
<b>Escolaridade:</b> Não informado		<b>Documentos(s) de Identificação:</b> CPF nº 704.746.654-10
<b>Cargo:</b> Não informado		<b>Endereço:</b> Rua Dublin, 92, Cuités, Campina Grande, PB
<b>Complemento:</b> Não informado		<b>Ponto de referência:</b> Perto Doa Granja Nossa Senhora de Lourdes
<b>Telefone:</b> (83) 99195-2981		<b>Documentos(s) de Identificação:</b> CPF nº 700.445.184-47
<b>Nome:</b> Geane de Sousa Marques		<b>Endereço:</b> Rua Dublin, 38, Cuités, Campina Grande, PB
<b>Conhecido por:</b> Não informado		<b>Complemento:</b> Não informado
<b>Filiação:</b> Irene Belo de Sousa e Severino Marques Neto		<b>Ponto de referência:</b> Perto da Granja Nossa Senhora de Lourdes
<b>Idade:</b> 24	<b>Data de Nascimento:</b> 28/06/1994	<b>Identidade de Gênero:</b> feminino
<b>Nacionalidade:</b> brasileira		<b>Naturalidade:</b> Campina Grande
<b>Estado Civil:</b> solteiro(a)		<b>Profissão:</b> Do Lar
<b>Escolaridade:</b> Não informado		<b>Matrícula:</b> Não informado
<b>Cargo:</b> Não informado		<b>Documentos(s) de Identificação:</b> CPF nº 700.445.184-47
<b>Endereço:</b> Rua Dublin, 38, Cuités, Campina Grande, PB		<b>Endereço:</b> Rua Dublin, 92, Cuités, Campina Grande, PB
<b>Complemento:</b> Não informado		<b>Complemento:</b> Não informado
<b>Ponto de referência:</b> Perto da Granja Nossa Senhora de Lourdes		<b>Ponto de referência:</b> Perto Doa Granja Nossa Senhora de Lourdes
<b>Telefone:</b> (83) 98633-6253		<b>Telefone:</b> (83) 99195-2981



**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

19 MAR. 2019

**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



Procedimento Policial: 00001.01.2019.2.00.420

113



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 13:58:17

Assinado eletronicamente por: SUELIC MOREIRA TORRES 11/11/2020 15:38:17  
<http://pie.tiob.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111113581559400000034874429>

Número do documento: 2011111358155940000034874429

Núm. 36531169 - Pág. 3

TESTEMUNHA

Nome: Filipe da Silva Rocha  
Conhecido por: Não informado  
Filiação: Adriana Simplicio da Rocha e José Patrício da Rocha Filho  
Idade: 20 Data de Nascimento: 28/07/1998 Identidade de Gênero: masculino  
Nacionalidade: brasileira Naturalidade: Campina Grande  
Estado Civil: solteiro(a)  
Escolaridade: Não informado Profissão: Op. de Máquinas  
Cargo: Não informado Matrícula: Não informado  
Documentos(s) de Identificação: CPF nº 131.648.344-46  
Endereço: Rua Luxemburgo, 390, Cuités, Campina Grande, PB  
Complemento: Não informado  
Ponto de referência: Perto do Bar do Deda  
Telefone: (83) 98743-7808

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

(1) Moto, marca Honda, modelo CG 150 FAN ESDI, tipo de veículo Motocicleta, cor Preta, ano 2012, placa MOP-4711, chassi 9C2KC1680CR425218, renavam 0042041542-4

DILIGÊNCIAS ADOTADAS/EXAMES REQUISITADOS

HISTÓRICO

Informa o comunicante/vítima, que no dia, hora e local já descritos, conduzia a motocicleta Honda/CG 150 FAN ESDI, Ano/Modelo 2011/2012, cor preta, Placa MOP-4711-PB, Chassi de N° 9C2KC1680CR425218, licenciada em nome de Gean Lucas Rocha, quando trafegava na rua Barão do Abaí, bairro centro, nesta cidade, momento em que o condutor de um veículo de sinais e condutor não identificado foi fazer uma ultrapassagem, tendo o comunicante tentado se desviar do mesmo, logo perdeu o controle de direção da moto, vindo a cair ao solo e sofrido fratura do Fêmur do lado direito, sendo socorrida pelo SAMU e encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma, nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Não compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, razão pela qual não foi elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente.

Nada mais disse. Encerrado está o presente termo.



Procedimento Policial: 00001.01.2019.2.00.420

2/3

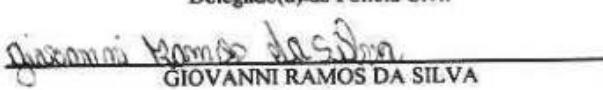


SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
2ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos de Campina Grande

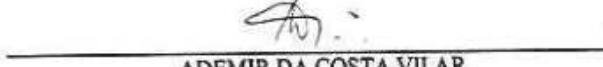


Campina Grande/PB, 02 de janeiro de 2019.

  
LUCIANO BEZERRA SERRA SECA  
Delegado(a) de Polícia Civil

  
GIOVANNI RAMOS DA SILVA

Noticiante

  
ADEMIR DA COSTA VILAR  
Escrivão de Polícia



03

Procedimento Policial: 00001.01.2019.2.00.420

3/3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 13:58:17  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111113581559400000034874429>  
Número do documento: 20111113581559400000034874429

Num. 36531169 - Pág. 5

# 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 ASI:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	704.746.654-10	Giovanni Ramos da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	704.746.654-10
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Comerciante	Rua Benna	70	
Bairro:	Cuité	Cidade:	Campina Grande
		Estado:	PB
		CEP:	58404-873
E-mail:			

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

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDIMENTO:**

RECUSO INFORMAR  ATÉ R\$1.000,00  R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00  R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00  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

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: Brasil
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
AGÊNCIA: <input type="text"/> CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> 8253 CONTA: <input type="text"/> 1.664
(Informar o dígito se existir)	(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 IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

**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 (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise 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 quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, deixando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____
		Vítima deixou testimunho (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

**MORTE**  
 Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles 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: <u>Campina Grande/PB - 18/10/2019</u> Nome: _____ CPF: _____	TESTEMUNHAS 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: <u>19 MAR. 2019</u> COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO <u>X Giovanni Ramos da Silva</u>	2º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: <u>AG. 1016 PESSOA</u> PROTOCOLO

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

(\*) 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.

001 V001/2015





Estado da Paraíba  
Prefeitura Municipal de Campina Grande-PB  
Secretaria de Saúde do Município  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
SAMU Regional CG - 192



ATO DECLARATÓRIO

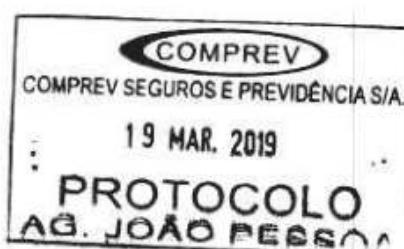


## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins de direito que o **SAMU, REGIONAL CG - 192** foi solicitado para prestar atendimento médico pré-hospitalar de urgência ao paciente conforme dados a seguir:

<b>DATA:</b> 27/10/2018	<b>HORA:</b> 14:41 HRS	<b>ID Nº:</b> 1733467
<b>NOME:</b> GIOVANNI RAMOS DA SILVA		
<b>QUEIXA:</b> ACIDENTE DE TRÂNSITO		
<b>LOCAL:</b> RUA: BARÃO DO ABEAIR - CENTRO		
<b>COMPLEMENTO:</b> EM FRENTE AO SHOP DO ALEMÃO		
<b>CIDADE:</b> CAMPINA GRANDE / PB		
<b>DADOS DA REMOÇÃO</b>		
Paciente removido para o Hospital de Emergência e Trauma		

Campina Grande, 18 de dezembro de 2018.



  
\_\_\_\_\_  
**SUPERVISOR**  
Deolaci F. Nascimento  
Coordenação Administrativa  
SAMU REGIONAL CG - 192

SAMU 192 (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência)  
Rua: Almeida Barreto, 428 São José CEP: 58400-328 Campina Grande-PB  
Fone: (83) 3322-5207 / 3322-5191



# 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: 29/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: GIOVANNI RAMOS DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 08253-8

CONTA: 000000001664-0

---

Nr. da Autenticação 45997D13E9A2B34F



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 13:58:17  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111113581559400000034874429>  
Número do documento: 20111113581559400000034874429

Num. 36531169 - Pág. 8

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor legal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolso para simples pagamento da conta fiscalizada ou emissor eletrônico N° 003.238.513



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.  
BR 230 - KM 158 - Alça Sudoeste - Três Irmãos - Campina Grande / PB - CEP 58423-7  
CNPJ 08.826.596/0001-46 Insc. Est. 16.003.825

## DADOS DO CLIENTE

HILDEVANDRO DA SILVA ROCHA  
RUA BERTA 70  
CAMPINA GRANDE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/53274-7

### REFERÊNCIA

MAR/2019

### APRESENTAÇÃO

12/03/2019

### CONSUMO

249

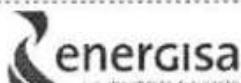
### VENCIMENTO

19/03/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 268,74

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



HILDEVANDRO DA SILVA ROCHA

Roteiro: 06-401-434-1040

8365000002-8 68740147000-4 00532742019-5 03900401019-3



### VENCIMENTO

19/03/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 268,74

### MATRÍCULA

53274-2019-01-8



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 13:58:17

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111113581559400000034874429>

Número do documento: 20111113581559400000034874429

Num. 36531169 - Pág. 9



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/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 Michelen Helia Araujo Lima

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.737.904,07, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Giovanni Ramos da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.746.654-10  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Giovanni Ramos da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 704.746.654,10, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Ren. \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

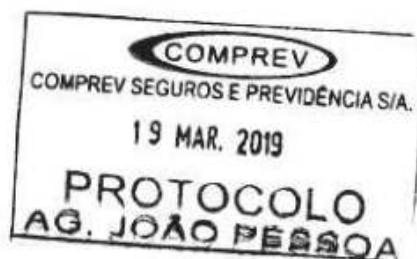
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299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

Endereço:	<u>Mal. Deodoro Fonseca</u>	Número:	<u>290</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Phata</u>	Cidade:	<u>Campina Grande</u>	Estado: <u>PB</u> CEP: <u>58400-492</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>83-98717.2282</u>

Local e Data: Campina Grande PB - 18/03/2019

Michelen Helia A. Lima

Assinatura do Declarante



DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 13:58:17  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111113581559400000034874429>  
Número do documento: 20111113581559400000034874429

Num. 36531169 - Pág. 10

## Declaração do Proprietário do Veículo

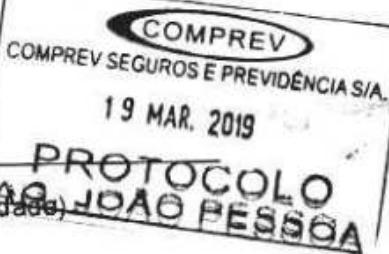
Eu, Jean Lucas Rocha,  
RG nº 4.387.815, data de expedição 30/03/2016,  
Órgão SSD/SEPB, portador do CPF nº 139 030.274-79,  
com Domicílio na cidade de Campina Grande, no Estado  
de PB, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Luxemburgo  
nº 243, complemento, declaro, sob as  
penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na  
data do acidente ocorrido com a vítima  
data do acidente: Giovanni Ramos da Silva, cujo o condutor  
era Giovanni Ramos da Silva.

Veículo: HONDA CG 150 FAN ESDI  
Ano: 2011  
Modelo: 2012  
Placa: MN P 4711 PB  
Chassi: 9C2KC1630CR425218  
Data do acidente: 27/01/2019

Local e data: CAMPINA GRANDE/PB - 24/01/2019



x Jean Lucas Rocha



Assinatura do Declarante Proprietário  
(Assinar e Recontecer a Firma por autenticidade)



x Giovanni Ramos da Silva

Assinatura do CONDUTOR (quando a vítima for carona)  
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)



Antonio Hamilton Fechine Daniel - Tabelião  
Sarah da Silva Fechine - Tabelião  
R. Marquês do Herval, 58 - Centro - CEP: 58045-087 - Campina Grande - PB  
Tel.: (83) 3222-3024 - Cel.: (83) 98811-1000  
Tabelião de Notas - Fazenda Pública - Notário - Registrador - Escrivão - Ofício de Tabelião

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

Giovanni Ramos da Silva

Jean Lucas Rocha

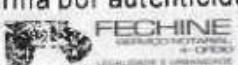
Matheus de Paula Aires de Queiroz

Matheus de Paula Aires de Queiroz - Escrivão

2019-0017361ENOL:R\$ 0,91 FMPEN:R\$ 0,29 FEPD:R\$ 1,98 IPI:R\$ 0,00 IPI-GRANDE.PB

ITAL: AIB866071-0WU

a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



FECHINE  
SERVIÇO NOTARIAL  
4º OFÍCIO

LEGALIDADE E VERDADE  
Tabelião de Notas - Fazenda Pública - Notário - Registrador - Escrivão - Ofício de Tabelião

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

JEAN LUCAS ROCHA

Matheus de Paula Aires de Queiroz

Matheus de Paula Aires de Queiroz - Escrivão

2019-0017361ENOL:R\$ 0,91 FMPEN:R\$ 0,29 FEPD:R\$ 1,98 IPI:R\$ 0,00 IPI-GRANDE.PB

SELO DIGITAL: AIB866072-L0Y5

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Antonio Hamilton Fechine Daniel - Tabelião  
Sarah da Silva Fechine - Tabelião  
R. Marquês do Herval, 58 - Centro - CEP: 58045-087 - Campina Grande - PB  
Tel.: (83) 3222-3024 - Cel.: (83) 98811-1000

4º OFÍCIO  
FECHINE  
SERVIÇO NOTARIAL  
Tabelião de Notas - Fazenda Pública - Notário - Registrador - Escrivão - Ofício de Tabelião

LEGALIDADE E VERDADE  
Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

JEAN LUCAS ROCHA

Matheus de Paula Aires de Queiroz

Matheus de Paula Aires de Queiroz - Escrivão

2019-0017361ENOL:R\$ 0,91 FMPEN:R\$ 0,29 FEPD:R\$ 1,98 IPI:R\$ 0,00 IPI-GRANDE.PB

SELO DIGITAL: AIB866072-L0Y5

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

GOVERNO  
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº:1762682 CLASS. DE RISCO: VERMELHO.

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0003-52  
Av. Mai. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58422-909  
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: GIOVANNI RAMOS DA SILVA

Endereço: RUA DUBUM  
Cidade: Campina Grande  
Nome da Mãe: MARIA EDVANIA DANTAS RAMOS

Sexo: M

Idade: 022

RG: 4154844

Nº:92

CPF:

Profissão:

Nome Físico:

MÉDICOS:

PROLÓGIO:

Alergia:

MEDICAMENTOS:

HISTÓRICO:

HGT:

SAT:

PA:

PAP:

Apprendre à lire

24. *Acacia* *verrucosa* Schlechtendal  
25. *Acacia* *verrucosa* Schlechtendal

24. *for the former D.*

Dr. D. L. T. M. - 1401-2428  
Dr. Falcão  
GOMATOLÓGIA  
8943

*Colher Falcão*  
LUDVÍG E TRAUMATOLOGIA  
CRM-PB 8543

Set de comic book

Contra  
Dr. Stewart  
Dr. Cushing  
Aug 17, 1902

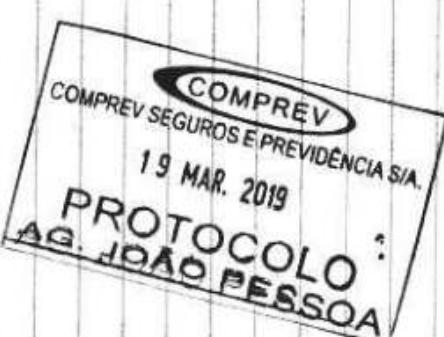
DESTINO DO PACIENTE I I as ; hs

Centro cirúrgico \_\_\_\_\_  Alta hospitalar /  reunião /  Decisão Médica /  Pôrbito

Internação (setor) \_\_\_\_\_

Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)



Data da internação: 27/10/2018 Hora: 16:29:56

<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	<b>Ministério da Saúde</b>	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>
<b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		2 - CNES <b>2362856</b>
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE <b>HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES</b>		4 - CNES <b>2362856</b>
<b>Identificação do Paciente</b>		
5 - NOME DO PACIENTE <b>GIOVANNI RAMOS DA SILVA</b>		6 - N.º DO PRONTUÁRIO <b>1762712</b>
7 - CARTÃO DO SUS <b>700200907700023</b>		8 - DATA DE NASCIMENTO <b>22/04/1996</b>
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <b>MARIA EDVANIA DANTAS RAMOS</b>		10 - SEUO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>
11 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) <b>RUA DUBLIM , 92 , CUITES</b>		12 - TELEFONE DE CONTACTO 83 986336253
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <b>Campina Grande</b>		14 - CÓD. ING. MUNICÍPIO 15 - UF <b>2504000 PB</b> 16 - CEP <b>58400002</b>
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>dores de dor</i>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>nao se sabe se é devido a malformação cirúrgica</i>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRÓVOS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>anamnese + Rx + EF</i>		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fractura diafise de fémur</i>		
21 - CID 10 PRINCIPAL <b>I572.3</b> 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Int. em rot. diafis fémur</i> 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <b>0408050519</b>		
26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO 02 <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF 29 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>980016296938549</b>		
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <b>WAGNER DE MELO FALCAO</b> 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARTEIRA DE REGISTRO DO CONSELHO 27/10/2018 <i>Wagner Falcao</i> ORTOPEDE E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 1643		
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>		
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - N.º DO BILHETE 38 - SÉRIE		
39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR		
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO		
<b>AUTORIZAÇÃO</b>		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		
45 - DOCUMENTO 46 - N.º DOCUMENTO(CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 1 CNS 1 CPF		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARTEIRA DE REGISTRO DO CONSELHO 27/10/18 <i>Dr. Wagner Falcao</i> ORTOPEDE E TRAUMATOLOGIA CRM-PB 8643		
49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <b>COMPREV</b> COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A. 19 MAR. 2019 <b>PROTÓCOLO</b> <b>AG. JOÃO PESSOA</b>		

Data da internação: 27/10/2018 Hora: 16:29:56



Diagnóstico

ప్రాణ విషయాల ప్రశ్నలు

FOLHA DE TRATAMENTO E EVIGIAGEM

DK

Paciente	Caronatti Ramos da Silva	Alojamento	Leito	9	Convênio
Data	Prescrição Médica		Horário		Evolução Médica
22/10	① D'VETA 100mg ② SE 0,9% 1500 ml ev 24h ③ Diprospana 1 AP ev 6/64 ④ Tizanidina 20 mg ev 12/142h ⑤ Nyuet 50/30 mg 8/18h vc ⑥ Cetorizine 40 mg SC 1x no dia ⑦ CCGG + SSUV		CT 16 18 22 20 CT		Dom 06h 04m 30s Prot. 2019 dom 06h 04s Prot. 2019 dom 06h 04s
	Dr. Wagner CRM-PB 8643				
	COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A. 19 MAR. 2019				
	PROTÓCOLO AG. JOSÉ JOSÉ PESSOA				
	Dr. Wagner CRM-PB 8643				
	Dr. Wagner CRM-PB 8643				

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 13:58:17  
<http://pje.tjpj.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011111358155940000034874429>  
Número do documento: 2011111358155940000034874429

Num. 36531169 - Pág. 16

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

fx diöf. Feuer D



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO

Paciente	Curupici	Pronto	Alojamento:	Leito	3	Convênio
Data	Prescrição Médica		Horário			Evolução Médica
30/11/19	1. Dieta h.c. v.c. 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h 4. Tilatil 200mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tranal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexane 40mg SC/dia	500	12:00	14:00	16:00	18:00
	9. SSV + CCCG	500	12:00	14:00	16:00	18:00
	CRM/PB - 8643	500	12:00	14:00	16:00	18:00
	D. Wagner Fáçao MATEUS FERREIRA CRM/PB - 8643	500	12:00	14:00	16:00	18:00
	COMPREV COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A 19 MAR. 2019 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA	500	12:00	14:00	16:00	18:00

**COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
19 MAR. 2019  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA**



FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

DIAGNÓSTICO  
TPO DAFRI Fêmea (P)

Paciente	Diagnóstico	Pré	Leito	Convênio
Data	Prescrição Médica	Horário		Evolução Médica
31/10	1. Dieta Líquida Após RP 4 2. SRL 1500ml EV/24h 3. Dipirona 02ML+AD EV 06/06h 4. Tilitil 20mg + AD EV 12/12h 5. Omeprazol 40mg EV/jejum 6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN 7. Nauseadren 01 FA + AD EV 8/8h SN 8. Clexape 40mg SC/dia (SUS/PRONAS)	10:20 18:35 18:35 06:06 06:06 06:06 06:06 06:06	20:20 20:20 20:20 20:20 20:20 20:20 20:20 20:20	10:10 10:10 10:10 10:10 10:10 10:10 10:10 10:10
	9. SSIN + CCGG 10. Rx Cortisol 11. Cumarino 200mg 12. Tyk 40mg EV 6/6h	18:00 18:00 18:00	18:00 18:00 18:00	10:10 10:10 10:10 10:10 10:10 10:10 10:10 10:10
				Op: 10:10 10:10 10:10 10:10 10:10 10:10 10:10 10:10

COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

19 MAR. 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





GOVERNO  
DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente Giovanni Rmms da S/14		Nº Prontuário
Data da Operação 31/10/18	Enf.	Leito
Operador Dr. WAGNER	1º Auxiliar Dr. YURI (mz)	
2º Auxiliar Dr. Euler (mz)	3º Auxiliar	Instrumentador Norma
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório	Fp Diáfr. Fém. C	
Tipo de Operação Osteossíntese		
Diagnóstico Pós-Operatório O mesmo		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato N/S		
Acidente Durante a Operação N/S		
<p style="text-align: right;">COMPREV COMPREV SEGUROSE PREVIDÊNCIA S.A. 19 MAR. 2019 PROTÓCULO AG. JOÃO PESSOA</p>		

### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras	
1) Perínte em DDH sob Anestesia. 2) Assépsia + Antissepsia + Gimpel Estéril. 3) Incisão em freio lateral da Coxas (C) + Dissecção por planos + Hemostasia. 4) Ressecção cortante da fratura. 5) Osteossíntese cl placa DCP Wrga 12F + 10 parafusos. 6) Muro da fr. cl. 2.7. 7) Fechamento por planos + Drenos de sucção 4.8. 8) Curativo.	

Mod. 018

### RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE: <b>Giovanni Ramos da Silva D.N. 22/04/1996</b> QI <b>LEITE</b> CONVÉNIO <b>S.J.S.</b> IDADE <b>22 anos</b> REGISTRO <b>7762682</b>						<b>GOVERNO DA PARAÍBA</b> <small>SECRETARIA DE Estado da SAÚDE</small> <small>Hospital de</small> <small>Emergência e Trauma Dom</small> <small>Luiz Gonzaga Fernandes</small>		
CIRURGIA <b>Trat. Cirúrgico de</b> <b>Fratura de Fémur D.</b>		CIRURGÃO <b>Dr. Gwercy + Dr. Heller (Waerson)</b>						
ANESTESIA <b>Raque</b>		ANESTESIA <b>Dr. Almir</b>						
INSTRUMENTADORA	DATA <b>31/10/18</b>	INICIO <b>12:30</b>		FIM <b>12:15'</b>				
Qty.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Bolsa Colostoma	Qty.	FIOS	CÓDIGO			
01	Adrenalinamp.	01	Catgut cromado Sertix					
01	Atropina amp.	Catgut De Utnar Sist. Fech.		Catgut cromado Sertix				
01	Diazepam amp.	Compressa Grande		Catgut cromado Sertix				
01	Dimoramp. 0,2mg	Compressa Pequena		Catgut Simples				
01	Dolanlina amp.	Colonoide		Catgut Simples Sertix				
01	Efrane ml	Dreno de succão 4.8		Catgut Simples Sertix				
01	Fenegam amp.	Dreno Kerr		Catgut Simples Sertix				
01	Fentanil ml	Dreno Penrose n°		Cera p/ osso				
01	Inova ml	Dreno Pezzer n°		Ethibond				
01	Ketalar ml	Equipo de Macrogotas		Ethibond				
01	Mercaina 0,5 % ml pes.	Equipo de Macrogotas		Ethibond				
01	Nubahin amp.	Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix				
01	Pavulon amp.	Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix				
01	Proligmine amp.	Espadrapo Largo cm		Fio de Algodão Sutupak				
01	Protóxido l/m	Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak				
01	Quelicin ml	Gase Pacote c/ 10 unidades		Fita cardíaca				
01	Rapiferamp.	H2O ml	04	Mononylon 2-0				
01	Thionembutal ml	Intracath Adulto		Mononylon				
01	Tracrium amp.	Intracath Infantil		Prolene Sertix				
Qty.	MEDICAÇÕES	82	Lâmina de Bisturi n° 23	COMPREV				
02	Aqua Destilada amp.	87	Lâmina de Bisturi n° 11	COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A				
01	Decadron amp.	87	Lâmina de Bisturi n° 15	0 19 MAR. 2019				
02	Dipirona amp.	82	Luvas 7.0	92	PROTÓCOLO			
01	Flaxidol amp.	83	Luvas 7.5		AG. JOÃO PEREIRA			
01	Flbecortilamp.	83	Luvas 8.0		Mat. da Bus Imp. 2016			
01	Geramicina amp.	86	Luvas 8.5					
01	Glicose amp.	86	Oxigênio l/m 3l/min					
01	Glucon de Cálcio amp.	86	Polifix					
01	Haemacel ml	Q9	PVP Degemante ml					
01	Heparena ml	Q9	PVP Tópico ml.	Qty.	SOROS			
01	Kanaklion amp.	Q9	Sabão Antiséptico	03	SG Normotérmico fr 500 ml			
01	Laeramp. Nauseodren	07	Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml			
01	Medrotinazol.	07	Seringa desc. 10 ml		SG Hiper térmico fr 500 ml			
01	Pipasil amp.	07	Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml			
01	Prolamina	07	Seringa desc. 05 ml		SG fr 500 ml			
01	Revivan amp.		Sonda			ORTSESE E PRÓTESE		
01	Stuplanon amp.		Sonda Foley	Qty.	01	placa longa de 72		
01	Cefalofina 1g		Sonda Nasogástrica					
01	Dermomid 15		Sonda Uretral n°			09	parafusos	
Qty.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Styrdrem n°					
03	Aguilha desc. 25 x 7		Tornerinha					
01	Aguilha desc. 28 x 28						EQUIPAMENTOS	
01	Aguilha desc. 3 x 4,5	05					<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso	<input type="checkbox"/> Foco Auxiliar
01	Aguilha p/ raque n° 26 G	05	electrodos				<input type="checkbox"/> Serra	<input checked="" type="checkbox"/> Eletrocautério
01	Alcool de Enfermagem	05	Gel cond.				<input type="checkbox"/> Desfibrilador	<input checked="" type="checkbox"/> Oxicapnógrafo
02	Alcool Iodado ml	05					<input checked="" type="checkbox"/> Foco Puma	<input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor
01	Ataduras de Crepon	30	05 algodão 0,5				<input type="checkbox"/> Fonte de Luz	<input checked="" type="checkbox"/> Perfurador Elétrico
01	Ataduras de Gessada							
01	Azul metíleno amp.							
01	Benzina ml							

## CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Assinatura: *Suelio Moreira Torres*  
TOC - DEPARTAMENTO DE  
COREN - PB 432.177

MOB 966

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

<b>HUECG</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMAGEM	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		NOME: <i>Giovanni Vazos da</i>		IDADE: <i>31/07/19</i>	SEXO: <i>M</i>	COR:	
DATA: <i>31/10/2018</i>		PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGUÍNEO		HEMÁCIAS	HEMOGLÓBINA	HEMATÓCITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS
		URINA					
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA	BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HIPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO <i>FNAT. FEMININO</i>						ESTADO FÍSICO	RISCO
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA			APLICADA	AS	EFEITO		
10		11					
AGENTES ANESTÉSICOS	0'				INDUÇÃO		
LIQUIDOS	<i>CPD 200 200 200</i>				Salif.: _____	Excit.: _____	Tosse: _____
					Laringo: espamto: _____	Lenta: _____	
					Náuseas: _____	Vômitos: _____	
					Outros: _____	MANUTENÇÃO	
CÓDIGOS VP. ARTERIAL: 0 - PULSO: 0 - RESPIRAÇÃO AS: ANESTÉSIA: 0 - OPERAÇÃO					<b>COMPREV</b> <b>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.</b> <i>19 MAR. 2019</i> <b>PROTÓCOLO</b> <b>AG. JOÃO PESSOA</b> <small>ANESTESIA SATISFACTORIA</small> Não, por quê? _____		
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					DESPERTAR		
POSIÇÃO					Reflexos na SO: _____		
AGENTES	<i>Propofol 0,51g, Diazepam, Etomidate, Dantrolene, Fentanyl, 0,2</i>				Obstr.: _____	CO <sub>2</sub> : _____	Excit.: _____
TÉCNICA	<i>RAELZIA - Apneu Mecânica</i>				Náuseas: _____	Vômitos: _____	
OPERAÇÃO	<i>NEO - Cirurgia de Fixação</i>				Outros: _____		
CIRURGIÕES	<i>WILSON GOMES - JUNIOR + ELLER</i>				Com cânula: _____		
ANESTESISTAS	<i>AGH/HP</i>				Paro o Leito: Sim _____ Não _____	CONDIÇÕES	
OBSEVAÇÕES							
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRE-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.						PERDA SANGUÍNEA	

MOD. 068

FOLHA DE ANESTESIA - SRPB

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

<b>HUECG</b>		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES		ENFERMARIA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
<b>FOLHA DE ANESTESIA</b>		NAME <i>Giovanni Noronha</i>		IDADE <i>31/09/19</i>	SEXO <i>M</i>	COR <i>Clara</i>	
DATA <i>31/10/2018</i>		PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGUÍNEO		HEMOCÍTAS	HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	UREIA	OUTROS
		URINA					
AP. RESPIRATÓRIO						ASMA	BRONQUITE
AP. CIRCULATÓRIO						ELETROCARDIOGRAMA	
AP. DIGESTIVO			DENTES	PESCOÇO	AP. URINÁRIO		
ESTADO MENTAL			ATARÁXICOS	CORTICOIDES	ALERGIA	HYPOTENSORES	
DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO <i>Enx. Femenino</i>				ESTADO FÍSICO	RISCO		
ANESTESIAS ANTERIORES							
MEDICAÇÃO PRE-ANESTÉSICA				APLICADA	AS	EFEITO	
10		11					
AGENTES ANESTÉSICOS							INDUÇÃO
LÍQUIDOS							Satisf.: _____ Excit.: _____ Toss: _____
						Laringo espasmo: _____ Lenta: _____	
						Náuseas: _____ Vômitos: _____	
						Outros: _____	
						MANUTENÇÃO	
						<i>COMPREV</i> <i>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.</i> <i>19 MAR. 2019</i>	
						<i>PROTÓCOLO</i> <i>AG. JATO PESSOA</i>	
						<i>ANESTESIA SÓ: Sim Não</i> <i>Não, por quê?</i>	
						DESPERTAR	
						Reflexos na SO: _____	
						Obstr.: _____ Co.: _____ Excit: _____	
						Náuseas: _____ Vômitos: _____	
						Outros: _____	
						Com cânula: _____	
						Para o Leito: Sim _____ Não _____	
						CONDICIONES: _____	
						<i>R</i>	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							
POSIÇÃO							
AGENTES	<i>Propofol 0,51 g, Diazepam, Fentanyl, Dantrol, Fárm 10, 02</i>						
TECNICA	<i>Naoflúxina, Bicarbonato</i>						
OPERAÇÃO	<i>Med. Crânio C/ Fixação</i>						
CRURGIOS	<i>Intervencion - Y Unit - Eulen</i>						
ANESTESISTAS	<i>Aghip</i>						
OBSERVAÇÕES:							
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS						PERDA SANGUÍNEA	
MOD. 068						FOLHA DE ANESTESIA - SRPB	

**DIAGNÓSTICO**

**FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO**

Paciente: *Edson Henrique da Silva*

Alojamento: *L*

Leito: *3*

Convênio: *HCFMUSC*

Data: *07/11/2010* Prescrição Médica

Horário

Evolução Médica

1. Dieta *lata*
2. SRL 1500ml EV/24h
3. Dipirona 02ML+ AD EV 06/06h
4. Tilatil 20mg + AD EV 12/12h
5. Omeprazol 40mg EV/jéjum
6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN
7. Nauseodron 01 FA + AD EV 8/8h SN
8. Clegane 40mg SC/dia
9. SSVV + CCGG

*Evolução: Melhorando*

*9/11/2010*

*10/11/2010*

*11/11/2010*

*12/11/2010*

*13/11/2010*

*14/11/2010*

*15/11/2010*

*16/11/2010*

*17/11/2010*

*18/11/2010*

*19/11/2010*

*20/11/2010*

*21/11/2010*

*22/11/2010*

*23/11/2010*

*24/11/2010*

*25/11/2010*

*26/11/2010*

*27/11/2010*

*28/11/2010*

*29/11/2010*

*30/11/2010*

*31/11/2010*

*01/12/2010*

*02/12/2010*

*03/12/2010*

*04/12/2010*

*05/12/2010*

*06/12/2010*

*07/12/2010*

*08/12/2010*

*09/12/2010*

*10/12/2010*

*11/12/2010*

*12/12/2010*

*13/12/2010*

*14/12/2010*

*15/12/2010*

*16/12/2010*

*17/12/2010*

*18/12/2010*

*19/12/2010*

*20/12/2010*

*21/12/2010*

*22/12/2010*

*23/12/2010*

*24/12/2010*

*25/12/2010*

*26/12/2010*

*27/12/2010*

*28/12/2010*

*29/12/2010*

*30/12/2010*

*31/12/2010*

*01/01/2011*

*02/01/2011*

*03/01/2011*

*04/01/2011*

*05/01/2011*

*06/01/2011*

*07/01/2011*

*08/01/2011*

*09/01/2011*

*10/01/2011*

*11/01/2011*

*12/01/2011*

*13/01/2011*

*14/01/2011*

*15/01/2011*

*16/01/2011*

*17/01/2011*

*18/01/2011*

*19/01/2011*

*20/01/2011*

*21/01/2011*

*22/01/2011*

*23/01/2011*

*24/01/2011*

*25/01/2011*

*26/01/2011*

*27/01/2011*

*28/01/2011*

*29/01/2011*

*30/01/2011*

*31/01/2011*

*01/02/2011*

*02/02/2011*

*03/02/2011*

*04/02/2011*

*05/02/2011*

*06/02/2011*

*07/02/2011*

*08/02/2011*

*09/02/2011*

*10/02/2011*

*11/02/2011*

*12/02/2011*

*13/02/2011*

*14/02/2011*

*15/02/2011*

*16/02/2011*

*17/02/2011*

*18/02/2011*

*19/02/2011*

*20/02/2011*

*21/02/2011*

*22/02/2011*

*23/02/2011*

*24/02/2011*

*25/02/2011*

*26/02/2011*

*27/02/2011*

*28/02/2011*

*29/02/2011*

*30/02/2011*

*01/03/2011*

*02/03/2011*

*03/03/2011*

*04/03/2011*

*05/03/2011*

*06/03/2011*

*07/03/2011*

*08/03/2011*

*09/03/2011*

*10/03/2011*

*11/03/2011*

*12/03/2011*

*13/03/2011*

*14/03/2011*

*15/03/2011*

*16/03/2011*

*17/03/2011*

*18/03/2011*

*19/03/2011*

*20/03/2011*

*21/03/2011*

*22/03/2011*

*23/03/2011*

*24/03/2011*

*25/03/2011*

*26/03/2011*

*27/03/2011*

*28/03/2011*

*29/03/2011*

*30/03/2011*

*31/03/2011*

*01/04/2011*

*02/04/2011*

*03/04/2011*

*04/04/2011*

*05/04/2011*

*06/04/2011*

*07/04/2011*

*08/04/2011*

*09/04/2011*

*10/04/2011*

*11/04/2011*

*12/04/2011*

*13/04/2011*

*14/04/2011*

*15/04/2011*

*16/04/2011*

*17/04/2011*

*18/04/2011*

*19/04/2011*

*20/04/2011*

*21/04/2011*

*22/04/2011*

*23/04/2011*

*24/04/2011*

*25/04/2011*

*26/04/2011*

*27/04/2011*

*28/04/2011*

*29/04/2011*

*30/04/2011*

*31/04/2011*

*01/05/2011*

*02/05/2011*

*03/05/2011*

*04/05/2011*

*05/05/2011*

*06/05/2011*

*07/05/2011*

*08/05/2011*

*09/05/2011*

*10/05/2011*

*11/05/2011*

*12/05/2011*

*13/05/2011*

*14/05/2011*

*15/05/2011*

*16/05/2011*

*17/05/2011*

*18/05/2011*

*19/05/2011*

*20/05/2011*

*21/05/2011*

*22/05/2011*

*23/05/2011*

*24/05/2011*

*25/05/2011*

*26/05/2011*

*27/05/2011*

*28/05/2011*

*29/05/2011*

*30/05/2011*

*31/05/2011*

*01/06/2011*

*02/06/2011*

*03/06/2011*

*04/06/2011*

*05/06/2011*

*06/06/2011*

*07/06/2011*

*08/06/2011*

*09/06/2011*





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	2.567.918 - 2ª VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO 05/10/2015	
NAME	MICHELEN HÉLIA ARAUJO LIMA
FILIAÇÃO	HELIO MONTEIRO LIMA MARIA DO SOCORRO ARAUJO LIMA
NATURALIDADE	CAMPINA GRANDE-PB
DATA DE NASCIMENTO 13/05/1984	
DOC. ORIGINAL	CERT. CAS. C/ AVERB. N°39576 - LIV.100 - FLS.082 - CARTORIO 2ºCAMPINA GRANDE-PB
CPF	012.737.204-07
Assinatura do Titular	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
012.737.204-07

Nome  
MICHELEN HELIA ARAUJO LIMA

Nascimento  
13/05/1984

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

www.receita.fazenda.gov.br  
A autenticidade desse comprovante deve ser comprovada na internet, no endereço  
sercomptimada.na.internet, no endereço  
Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil  
do dia 20/01/2014 (hora o dia de Brasília)  
digite Verificador: 00

B2E9.E7DD.769E.897B  
CÓDIGO DE CONTROLE



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190208374      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GIOVANNI RAMOS DA SILVA      **Data do acidente:** 27/10/2018      **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

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

**Data da análise:** 26/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO FÉMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.  
PAG 10,11,12,13

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

### 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190208374      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GIOVANNI RAMOS DA SILVA      **Data do acidente:** 27/10/2018      **Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

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

**Data da análise:** 26/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DO FÉMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.  
PAG 10,11,12,13

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

### 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** Giovanni Ramos da Silva  
**NACIONALIDADE:** Brasileiro **ESTADO CIVIL:** Solteiro  
**PROFISSAO:** Comerciante **Nº DO RG:** 415.48474  
**ORGÃO EMISSOR:** 5505-PB **DATA DE EMISSÃO:** 1/1/2015  
**Nº CPF:** 704.776.654-10 **ENDERECO:** Rua Berna, n.º 70  
Centro, Campina Grande - PB

**OUTORGADO:** Michelle Telma Cunha Lima  
**NACIONALIDADE:** Brasileira **ESTADO CIVIL:** Divorciada  
**PROFISSAO:** Advogada **Nº DO RG:** 2567918  
**ORGÃO EMISSOR:** 5505-PB **DATA DE EMISSÃO:** 05/10/2015  
**Nº CPF:** 012.737.214-07 **ENDERECO:** Rua Presidente  
Epitácio Pessoa n.º 115 apt 101, Centro,  
Campina Grande - PB

**PODERES:**

Para requerer o Seguro DPVAT da vítima/beneficiário Giovanni Ramos  
da Silva, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer Seguradora  
que pertence ao Consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de  
acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) dar entrada no processo,  
em nome do mesmo, bem como, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos,  
municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar,  
solicitar informações, tendo também poderes específicos para assinar autorização de  
pagamento e aviso de sinistro, em nome da vítima ou beneficiário do Seguro DPVAT.

Campina Grande-PB 18 de Marco de 2019



Giovanni Ramos da Silva

Assinatura

**OBS:** Reconhecimento a firma da assinatura, **nor autenticidade, autêntica ou verdadeira.**

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
19 MAR. 2019  
**PROTOCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0093122/19

**Vítima:** GIOVANNI RAMOS DA SILVA

**CPF:** 704.746.654-10

**Seguradora:** MAPFRE VIDA S/A

**Data do acidente:** 27/10/2018

**CPF de:** Próprio  
**Titular do CPF:** GIOVANNI RAMOS DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

#### MICHELEN HELIA ARAUJO LIMA : 012.737.204-07

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

#### GIOVANNI RAMOS DA SILVA : 704.746.654-10

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: 19/03/2019  
Nome: MICHELEN HELIA ARAUJO LIMA  
CPF: 012.737.204-07

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019  
Nome: RENATO LUNA DIAS  
CPF: 705.216.494-98

MICHELEN HELIA ARAUJO LIMA

RENATO LUNA DIAS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 13:58:17  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111113581559400000034874429>  
Número do documento: 20111113581559400000034874429

Num. 36531169 - Pág. 31



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8<sup>a</sup> VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB**

**Processo: 08303897420198150001**

**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 **GIOVANNI RAMOS DA SILVA**, 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:

**DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO**

**(REGISTRO DA OCORRÊNCIA NO ÓRGÃO POLICIAL COMPETENTE)**

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT no suposto acidente noticiado.

O parágrafo 1º, do art. 5º da lei n.º 6.194/74 é claro, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos.

Com efeito, verifica-se que a parte Autora deixar de apresentar o **registro da ocorrência policial, documento imprescindível para comprovação da ocorrência do acidente e do nexo de causalidade**.

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, suprareferida, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373 do CPC.

Assim, merece a presente demanda seja julgada extinta com resolução do mérito, na forma do art. 485, inciso I, da Lei Processual Civil.

**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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 13:58:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111113581837400000034874430>  
Número do documento: 20111113581837400000034874430

Num. 36531170 - Pág. 1

o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Friza-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\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, 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.

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,

CAMPINA GRANDE, 9 de novembro 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 13:58:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111113581837400000034874430>  
Número do documento: 20111113581837400000034874430

Num. 36531170 - Pág. 2

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 - 11/11/2020 13:58:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111113581837400000034874430>  
Número do documento: 20111113581837400000034874430

Num. 36531170 - Pág. 3