



Número: **0800139-72.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36111736	30/10/2020 11:15	<a href="#">Petição</a>	Petição
36111738	30/10/2020 11:15	<a href="#">2701845_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
36111739	30/10/2020 11:15	<a href="#">2701845_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

Nº Sinistro: 3180279340

Vítima: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

Data do Acidente: 07/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180279340**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12991810

Pag. 01091/01092 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020546



Rio de Janeiro, 21 de Junho de 2018

Aos Cuidados de: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

Nº Sinistro: 3180279340

Vítima: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

Data do Acidente: 07/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180279340**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00691/00692 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 12993684



Rio de Janeiro, 20 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

Nº Sinistro: 3180279340

Vítima: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

Data do Acidente: 07/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180279340**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência faltando página

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

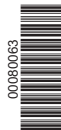
**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00125/00126 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13121180



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

Nº Sinistro: 3180279340

Vítima: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

Data do Acidente: 07/09/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180279340**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 01815/01816 - carta\_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13246271





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: 094.656.604.69 CPF da Vítima: 094.656.604.69 Nome completo da vítima: Osvaldo Calisto de Lima Neto

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo: Osvaldo Calisto de Lima Neto CPF titular da conta: 094.656.604.69 Profissão: Estudante + Mecânica  
Endereço: Condomínio Manoel Fernandes Número: 31N Complemento: Quad. 02 - L-12  
Bairro: Cidade Nova Cidade: Maranguape Estado: PR CEP: 5828-000  
Email: Eduardosilva@hotmail.com Telefone (DDD): 98663-4900

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):  
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)  
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 0044 D/V: 309341 D/V: 9  
(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)

ANCO: 0000 NRO: 0000  
AGÊNCIA: 0000 D/V: 0000 CONTA: 0000 D/V: 0000  
(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Maranguape 29 de setembro de 2017  
Local e Data

Osvaldo Calisto de Lima Neto  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Osvaldo Calisto de Lima Neto  
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



FAPPF 001 V001/2017











**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:**

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

094.656.604-69 Osvaldo Calisto de Lima Neto

**DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL**

Nome completo Osvaldo Calisto de Lima Neto CPF titular da conta 094.656.604-69 Profissão Educadora + Mecânica  
Endereço Rua Alameda Antonio Loucio Número 12 Complemento Qd. 02 - L. 12  
Bairro Cidade Nova Cidade Intermanguape Estado PB CEP 5828-000  
E-mail zeduardosilva@hotmail.com Telefone (DDD) 98663-4900

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00  
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☐ FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

0042

(Informar dígito se existir)

CONTA

1093419

(Informar dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os Bancos)

ANCO

0042

AGÊNCIA

0042

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Intermanguape 20 de agosto de 2018  
Local e Data

Osvaldo Calisto de Lima Neto

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF 001 V001/2017





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 01/2018  
Ocorrência nº. 0263/2018

Aos DEZENOVE dias de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a). JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrevã(o) Ad Hoc EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA, ai, por volta 14h:48min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO**, conhecido por \_\_\_\_\_, Identidade nº 3671666-SSP/PB, CPF nº 09465660469, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: autonomo, filho(a) de Jair Ricardo Silva De Lima E Eliane Lopes Da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 13/09/1989 (28 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Vereador Antonio Lucio, 12, Cidade Nova, tendo como ponto de referência: \_\_\_\_\_, na cidade de MAMANGUAPE/PB, fone(s) para contato: (83) 996813624.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO;**
- 2) DATA DO FATO: 07 de setembro de 2017;
- 3) HORÁRIO: 18h:30min;
- 4) LOCAL: BR101-PROXIMO AO POSTO SETA nº \_\_\_\_\_, bairro: Centro – **MAMANGUAPE/PB;**
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV.TARCISIO BURITY, João Pessoa/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? SIM;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? SIM;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

**6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:**

Veículo marca/modelo: HONDA/BIZ 125 ES, cor: ROSA, placa: NPU0890/PB, ano: 2009/2010, chassi: 9C2JC4220AR004471 em nome de SIONE CONCEIÇÃO SILVA

**8) BREVE RESUMO DO FATO:**

QUE estava conduzindo a motocicleta descrita, no local em referência, quando estava se dirigindo ao colocar em alerta pra entra em outra rua que liga a BR, outra motocicleta colidiu com a sua deixando o noticiante ao solo, QUE o comunicante sofreu acidente de trânsito e o outro condutor depois pegou a sua motocicleta e evadiu-se do local sem prestar socorro, QUE o noticiante após o acidente foi por conta própria ao Hospital Geral de Mamanguape e em seguida removido ao COPLEXO HOSPITALAR Mangabeira Gov.Tarcisio Burity de João Pessoa onde evidenciou-se segundo laudo médico com FRATURA DIAFISARIA DA RADIO-CID-552.3, QUE foi submetido a cirurgia e recebeu alta hospitalar no dia 13/09/2017.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrevã(o) que digitei.

**OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO**  
Comunicante



**EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA**  
ESCRIVÃO Ad Hoc – Mat. nº 5764

Rua Escritor Lima Pinto nº 18, Campo, Mamanguape/PB telefone: 3292-2604







**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 01/2018

Ocorrência nº. 0263/2018

Aos DEZENOVE dias de FEVEREIRO de DOIS MIL E DEZOITO, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a). JAIME JOSÉ CAVALCANTE DOS MATOS, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivão(o) Ad Hoc EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA, a por volta 14h:48min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO**, conhecido por , Identidade nº 3671666-SSP/PB, CPF nº 09465660469, nacionalidade brasileiro, estado civil: solteiro, profissão: autonomo, filho(a) de Jair Ricardo Silva De Lima E Eliane Lopes Da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 13/09/1989 (28 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Vereador Antonio Lucio, 12, Cidade Nova, tendo como ponto de referência: , na cidade de MAMANGUAPE/PB, fone(s) para contato (83) 996813624.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CF art. 299), tendo declarado que compareceu a esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 07 de setembro de 2017;
- 3) HORÁRIO: 18h:30min;
- 4) LOCAL: BR101-PROXIMO AO POSTO SETA nº , bairro: Centro - **MAMANGUAPE/PB**;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV.TARCISIO BURITY, João Pessoa/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? **SIM**;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELI HABILITADO? **SIM**;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VITIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? **SIM**

**6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:**

Veículo marca/modelo: HONDA/BIZ 125 ES, cor: ROSA, placa: NPU0890/PB, ano: 2009/2010, chassi 9C2JC4220AR004471 em nome de SIONE CONCEIÇÃO SILVA

**8) BREVE RESUMO DO FATO:**

QUE estava conduzindo a motocicleta descrita, no local em referência, quando estava se dirigindo ao colocar em alerta pra entra em outra rua que liga a BR, outra motocicleta colidiu com a sua deixando o noticiante ao solo, QUE o comunicante sofreu acidente de trânsito e o outro condutor depois pegou a sua motocicleta e evadiu-se do local sem prestar socorro, QUE o noticiante após o acidente foi por conta própria ao Hospital Geral de Mamanguape e em seguida removido ao COMPLEXO HOSPITALAR Mangabeira Gov.Tarcisio Burity de João Pessoa onde evidenciou-se segundo laudo médico com FRATURA DIAFISÁRIA DA RADIOI-CID-S52.3, QUE foi submetido a cirurgia e recebeu alta hospitalar no dia 13/09/2017.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim escrivão(o) que digitei.

*Osvaldo Calixto de Lima Neto*  
**OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO**  
Comunicante



*EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA*  
**EURIBES FAGUNDES DE OLIVEIRA**  
ESCRIVÃO Ad Hoc - Mat. nº 5764

Rua Escritor Lima Pinto nº 18, Campo, Mamanguape/PB telefone: 3292-2604





ASSISTENCIAIS

Endereço: RUA WALFRIDO DE ALMEIDA E SILVA, sn, PB 057, MAMANGUAPE - PB, 58280-000

Tel: 32929050

CNES: 7666772

Paciente <b>OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO</b>		BAE <b>223208</b>	Data/Hora Entrada <b>07/09/2017 18:18:09</b>	Data Baixa
Data de nascimento <b>13/09/1989</b>	Idade <b>27</b>	Sexo <b>Masculino</b>	CNS <b>166052255630000</b>	Telefone de Contato <b>(00) 00000000</b>
Mãe <b>ELIANE LOPES DA SILVA</b>				Prontuário
Endereço <b>MANOEL FERNANDES, SN - CASA</b>		Bairro <b>PROJETADA</b>	Município <b>MAMANGUAPE</b>	UF <b>PB</b>
Acidente	Motivo <b>QUEDA</b>	Profissional <b>BRUNO BRAGA ABRANTES DE SA</b>	Nº Cons. Regional <b>7674/PB</b>	
Data/Hora Classificação <b>07/09/2017 18:27:25</b>			Data/Hora Prescrição <b>07/09/2017 18:41:23</b>	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE COLISÃO MOTO-MOTO APRESENTA DOR INTENSA E DEFORMIDADE EM ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Exame Físico

CONSCIENTE E ORIENTADO, EUPNEICO E ACINÓTICO

CID10

Código	Descrição
Z00.0	Exame médico geral

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

Conduta

Em observação

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
18 JUN. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

BRUNO BRAGA ABRANTES DE SA  
(7674/PB)

OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

18/06/2018  
17h 01m 14s  
COORDENADOR  
049096

① Sinais de dor no antebraço esquerdo

② Fratura humeral fechada do tipo 1832 de 07/12



# 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: 04/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000109141-9

---

---

Nr. da Autenticação 5A939C6124FEBE80



ELIANE LOPES DA SILVA  
RUA VEREDOR ANTONIO LUCIO, 12- CD NOVA  
MAMANGUAPE / PB CEP: 58200000 (AG: 14)

Emissão: 14/03/2018 Referência: Fev/2018  
Classificação: RESIDENCIAL - BARRA RENDA MONOFÁSICO  
Roteiro: B - 14 - 175 - 4360 Nº medidor: 00008573475

ENERGISA PARABÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R-230, Km 25 - Centro - João Pessoa / PB - CEP 58071-080  
CNPJ 08.065.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.023-6

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 002.074.228  
Cód. par. 04h, Autenticação: 00003001363

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Fev/2018	14/02/2018	15/03/2018	73911470444 Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/785626-3

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.  
- Leve o cheque no chequeiro? Hora de chamar um electricista de confiança. Não arrisque a fazer sozinho. Dê um cartão de segurança.  
- Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, Zika e chikungunya. Ministério da Saúde Governo Federal.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
15/01/18	10518	14/02/18	10749		231	30
Demonstrativo						
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa (R\$)	Valor Base Calc. (R\$)	Alug. (R\$)	Base Calc. (R\$)
						Por Consumo (R\$) (1,1288%) (0,199%)
0001	Consumo até 30 kWh-BR	30,000	0,754340	7,82	7,82	27
0001	Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70,000	0,425530	30,50	30,50	27
0001	Consumo - 101 a 220 kWh-BR	120,000	0,053130	78,44	78,44	27
0001	Consumo acima de 220 kWh-BR	11,000	0,726370	7,99	7,99	27
0010	Subsídio			48,81	48,81	27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS						
0007	CONTRIBUIÇÃO ILM PÚBLICA			10,98	0,00	0
0004	JUROS DE MORSA 12/2017			1,87	0,00	0
0005	MULTA 12/2017			2,74	0,00	0
0005	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 12/2017			1,36	0,00	0
0000	Divulgação Subsídio			-31,21	0,00	0

CCI Código de Classificação do item TOTAL 157,03 171,36 48,28 171,36 1,93 6,90

Média últimos meses (kWh) 218 **VENCIMENTO 21/02/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 157,03**

Histórico de Consumo (kWh)

204 | 218 | 180 | 277 | 239 | 230 | 231 | 186 | 180 | 227 | 218 | 227  
Fev17 | Mar17 | Abr17 | Mai17 | Jun17 | Jul17 | Ago17 | Set17 | Out17 | Nov17 | Dez17 | Jan18

RESERVADO AO FISCO  
b48a.0caf.d785.3089.6644.665b.83ac.f087.

Indicadores de Qualidade 12/2017 - Re-Tela				Composição do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminação	Valor (R\$)	%
DE MENSAL 5,47	0,00	NOMINAL 220		Serviços de Dist. da Energia PB	31,80	20,26
DE TRIMESTRAL 12,94				Compra de Energia	37,55	23,83
DE ANUAL 25,88				Serviço de Transmissão	4,88	3,11
DE MENSAL 2,87	0,00	CONTRATADA 202		Encargos Setoriais	8,80	5,60
DE TRIMESTRAL 7,35		LMITE INFERIOR 231		Impostos Diretos e Encargos	73,87	47,11
DE ANUAL 14,70				Outros Serviços	0,00	0,00
DE MENSAL 3,90				<b>Total</b>	<b>167,03</b>	<b>100,00</b>
DE ANUAL 12,22				Valor do FUST (Def. 12/2017) R\$ 40,42		

#### ATENÇÃO

- REATOS DE VENCIMENTO: Caso a(s) fatura(s) acima mencionada(s) permaneça(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 01/03/2018. Conforme Resolução 474 da ANEEL. O pagamento após esta data não elimina a possibilidade da dívida suspensa do fornecimento, caso o mesmo não seja quitado até ao 30 de março. Caso a(s) fatura(s) não estejam em dia, a concessionária não se responsabiliza pelo cancelamento do fornecimento. Caso a(s) fatura(s) não estejam em dia, a concessionária não se responsabiliza pelo cancelamento do fornecimento. Fatura sujeita a inclusão em registros de proteção ao crédito no caso de inadimplência. Sua unidade foi faturada como Barra Renda, tendo um desconto de R\$ 31,21.

Faturas em atraso  
Jan/18 157,08

energisa PARABÁ  
Roteiro: B - 14 - 175 - 4360  
Multiconta: 785626-2018-02-3

**VENCIMENTO 21/02/2018** **TOTAL A PAGAR R\$ 157,03**

83690000001-6 57030054000-4 07856262018-3 02900014019-3



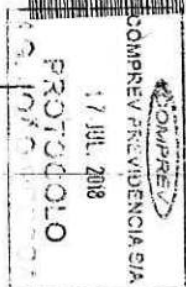
COMPREZ PREVIDENCIA S/A  
18 JUN. 2018  
PROTÓCOLO  
AG. 1000 FISCAL



Número do documento: 20103011155391500000034482592



Data do documento		Nº do documento		Data de emissão		Valor do documento	
13/12/2017		711.793.735		18/12/2017		108.00	
Tipo de documento		Código		Valor do documento		Valor do documento	
109		R\$				108.00	
Descrição do documento: Sr. Caixa, - Cobrar multa de R\$ 3.16 - Cobrar juros de R\$ 0.04 ao dia							
Pagador: Osvaldo Calisto De Lima - 34.656.064-69 CONJ MANOEL FERNANDES, 02 LT 02 - EM FRENTE A QUADRA DADE NOVA Maranguape - 2608901 - PR - CEP: 59280000							
Local: _____ Autenticação mecânica: _____ Ficha de Compensação: _____							



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 009.534.985



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.163 / 0001-40 - Ins. Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

ELIANE LOPES DA SILVA  
RUA VEREADOR ANTONIO LUCIO 12  
MAMANGUAPE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/785626-3

## REFERÊNCIA

JUL/2018

## APRESENTAÇÃO

17/07/2018

## CONSUMO

207

## VENCIMENTO

24/07/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 146,08

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



DESTAQUE AZUL

ELIANE LOPES DA SILVA

Roteiro: 08-014-175-4360

83650000001-0 46080054000-3 07856262018-3 07800014019-0

## VENCIMENTO

24/07/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 146,08

## MATRÍCULA

785626-2018-07-8



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:15:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011155391500000034482592>

Número do documento: 20103011155391500000034482592

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para simples pagamento da nota fiscal conta de energia elétrica Nº 011.036.535



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 18.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

ELIANE LOPES DA SILVA  
RUA VEREADOR ANTONIO LUCIO 12  
MAMANGUAPE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/785626-3

## REFERÊNCIA

AGO/2018

## APRESENTAÇÃO

16/08/2018

## CONSUMO

171

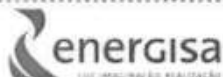
## VENCIMENTO

23/08/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 137,32

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



(DESTAQUE AQUI)

ELIANE LOPES DA SILVA

Roteiro: 08-014-175-4360

83690000001-6 37320054000-4 07856262018-3 08600014019-3

## VENCIMENTO

23/08/2018

## TOTAL A PAGAR

R\$ 137,32

## MATRÍCULA

785626-2018-08-6



COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

22 AGO. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/10/2020 11:15:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011155391500000034482592>

Número do documento: 20103011155391500000034482592



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### 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 João Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024-91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Osvaldo Balbino L. Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.656.604-09 do sinistro de DPVAT cobertura unilicida da Vítima Osvaldo Balbino L. Neto inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.656.604-09 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>Av. Maria Rosa</u>		Número <u>58</u>	Complemento
Bairro <u>Alameda</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58038-460</u>
Email <u>Zeduardasilva@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>99340-1170</u>	Telefone celular (DDD) <u>98668-4960</u>

João Pessoa de Junho de 2018  
Local e Data

Assinatura da Declarante

DLDR001 V001/2017





Paciente: <b>OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO</b>	Núm. BE: <b>OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO</b>	Prontuário:
Motivo do atendimento: <b>QUEDA</b>	Data Hora Início: <b>07/09/2017 18:24:58</b>	Data/Hora Fim: <b>07/09/2017 18:27:18</b>
Profissional: <b>ELIDA GONÇALVES DE BRITO</b>	Classificação: <b>AMARELA</b>	

**Classificação de risco**

Data / Hora: 07/09/2017 18:27:18

Fluxograma: **DEFORMIDADE GROSSEIRA**

Justificativa:

**Sinais Vitais**Queixa Principal: **QUEDA MOTO**

Frequência Cardíaca (BPM):

Pressão Arterial Sistólica: 100.00

Cor da Pele: **NORMAL**

Frequência Respiratória

Pressão Arterial Diastólica: 100.00

Temperatura Corporal:

(MRPM):

Hemoglicoteste (HGT):

Saturação (spO2):

Peso:

Altura (cm): 0

**Uso de medicamento / Comorbidade**

Observação:

**Glasgow**

Abertura Ocular (AO):

Melhor Resposta Verbal (MRV):

Melhor Resposta Motora (MRM):

Índice Glasgow: 0

**Escala de Dor**

Intensidade da Dor: 0



0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Quase sem dor

Atividade normal

Leve dor

Pouco problema

Moderada

Grave dificuldade

Dor muito intensa

Dor incapacitante

Dor sem parar

Dor constante

Dor máxima

(Faz a maior parte das coisas)

(Significativa porém desatível)

(Causa algumas atividades)

(Significativa e incapacitante)







## ENCAMINHAMENTO/REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

### HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE

Para: ORTOPEDIA - *ortopedia*

Encaminho paciente: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO

Residente à \_\_\_\_\_  
Telefone \_\_\_\_\_ para atendimento referente à \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_. O paciente tem por responsável legal /  
acompanhante o (a) senhor \_\_\_\_\_  
sendo o mesmo (a) \_\_\_\_\_ do (a) paciente.

Motivo: PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRAUMA EM ANTEBRAÇO ESQUERDO APÓS COLISÃO MOTO-MOTO, APRESENTA DOR E DEFORMIDADE IMPORTANTE EM RÁDIO. SOLICITO AVALIAÇÃO ORTOPÉDICA.

O contato foi realizado com *Baldini (coz)*

Mamanguape, 07/09/2017

Solicitante



*Sauda aos 20.00h.  
como de apêndice de 144E.*









NÚMERO DO CADASTRO: 2399628 1 - CPF 2 - CGC 2 102024340000128

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N - CEP 58056-384, JOÃO PESSOA - PB

BAIRRO: MANGABEIRA II MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA UF: PARAÍBA

PACIENTE: OSVALDO CALISTO DE LIMA NETO IDENTIDADE: IDADE:

ENDEREÇO: ORIGEM

BAIRRO: ( ) PAM ( ) SES ( ) SSM

DADOS CLÍNICOS *Fratura dos Ossos do Antebraço* ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS *Rx do Antebraço AP/P*

DATA: / /

Dr. Jorge Augusto  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 9127-PB  
CARIMBO E ASSINATURA



NÚMERO DO CADASTRO: 2399628 1 - CPF 2 - CGC 2 102024340000128

NOME DA UNIDADE: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

ENDEREÇO: RUA AG. FISCAL JOSÉ COSTA DUARTE, S/N - CEP 58056-384, JOÃO PESSOA - PB

BAIRRO: MANGABEIRA II MUNICÍPIO: JOÃO PESSOA UF: PARAÍBA

PACIENTE: IDENTIDADE: IDADE:

ENDEREÇO: ORIGEM

BAIRRO: ( ) PAM ( ) SES ( ) SSM

DADOS CLÍNICOS *Fratura dos Ossos do Antebraço* ESPECIALIDADE DO MÉDICO REQUISITANTE

MATERIAL A EXAMINAR

EXAMES SOLICITADOS *Rx do Antebraço AP/P*

DATA: / /

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Dr. Jorge Augusto  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 9127-PB  
CARIMBO E ASSINATURA







## CERTIDÃO

Nº. 0032/2018

Atendendo solicitação de GISELE LOPES TEIXEIRA e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Fichas de atendimento ambulatorial Nº59179 e Prontuário Nº 2017.09.000958 pertencentes a **OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO** que foi atendido dia 07/09/2017 às 20H57min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em antebraço esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de galeazzi esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 13/09/2017 com alta médica dia 13/09/2017.

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

João Pessoa, 09 de janeiro de 2018

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

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/ 3883







PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITI  
SIA: AGENTE FISCAL COSE COSTA DUARTE S/N  
58084-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 39179 Atid: Nao Regul  
Data: 07/09/2017  
Hora: 20:57:32  
Recepcionista: GABRIELA DA COSTA SEI  
Clinica: ORTOPIEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO Num. de vezes atendido: 1  
CNS: 166052255630000 Sexo: M IDENTIDADE: 3671666 Fone: 988973468 Num. Prontuario: 2017.09.000958  
Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 13/09/1989 Id: 28 ano(s)  
End.: RUA ANTONIO LUCIO QUADRA 02 LOTE 12, SOBAIRRO: CIDADE NOVA  
Bairro: CENTRO Cidade: MAMANGUAPE UF: PB  
Mãe: ELIANE LOPES DA SILVA Pai: JAIR RICARDO SILVA DE LIMA  
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação: AUTONOMO Estado Civil: NAO INFORMADO  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO  
Respon: MAF  
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD  
Pr. Agência: HOSPITAL MAMANGUAPE

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO AS 18:00/MAMANGUAPE

Vitima de violencia por: NAO

11 Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:  
FC: TP:  
Peso: Altura:  
Qg. gnia: IMC:  
Sist. Abs: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Gravo  
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao  
☐ Hemorragia ☐ Dispnoia  
☐ Diarreia ☐ Agitado  
☐ Regular ☐ Chocado  
☐ Vomito  
Observacao

Queixa Principal

Vitima de colacao moto x moto, com lesaoes em antebraço e

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Relato de lesao de ferimento ap. em  
ao Fx Exp. Colacao. Necessito Fx  
urgente.

Diagnostico

Conduta

Fx-Lx Rodio

mt-plato

Prescricao

Horario da medicacao

COMPREV PREVIDENCIA S/A

18 JUN. 2018

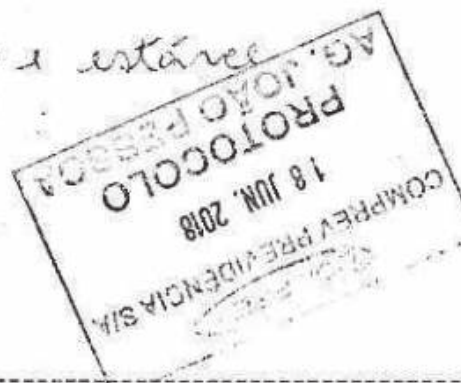
PROTOCOLO  
AG. JOAO PESSOA

Ac Bloco exp. Fx.  
oculos exp. de

Data Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Psicologia - Paciente auxiliado e está se  
12/09/17 psicologicamente.  
9:30h  
LMS

Ilvete Anaya N. Pombo  
Psicóloga  
CRP 04/3667



ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI  
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO ☐ IML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico











Nome: OSVALDO CALISTO DE LIMA NETO				Registro:	
Idade: 28 A	Sexo: M	Cor:	Clinica: Traumatologia	EMP:	LR:
Data: 13 / 09 / 2017			Cirurgião: Alexandre Galvão		
1º Assistente: Jorge Augusto			2º Assistente:		
Anestesista:			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
Fratura diafisária do rádio				S52.3	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
O mesmo					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
Osteossíntese do Antebraço					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não				COMPREV PREVIDÊNCIA S/A	
Descreva:				18 JUN. 2018	
				PROTOCOLO	
				AG. JOÃO PESSOA	
Blópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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





## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

### Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia  
Realizado garroteamento de membro superior  
Assepsia + Antissepsia  
Aposição de campos cirúrgicos estéreis

### Incisão:

Incisão em região posterior de antebraço dorsolateral de Thompson  
Dissecção por planos até foco de fratura  
Hemostasia com eletrocautério

### Achados:

Visualização de fratura da diáfise do rádio  
Visualização de fratura da diáfise do ulna

### Conduta:

Realizada manobra de redução para rádio  
Redução de fragmentos ósseos do rádio  
Aposição de 01 Placa DCP 3.5mm + 06 parafusos corticais  
Realizada manobra de redução pra ulna  
Limpeza de ferida operatória com SF a 0,9%

### Fechamento:

Fechamento por planos de planos musculares, subcutâneo e pele  
Curativo  
Retirada de garrote de membro superior  
Observada boa perfusão periférica  
Tala axilopalmar gessada

### OBS:

Data: 13/09/2017

Dr. Jorge Augusto  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 9127-PB  
MÉDICO/CRM

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



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

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

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

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

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_

Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg

FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_

Gânglios: \_\_\_\_\_

Pele: \_\_\_\_\_

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

13 JUN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOAO PESSOA

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

Hipóteses Diagnósticas: \_\_\_\_\_

Fx - Lx galeazzi Exp. e

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

João Pessôa







## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME OSVALDO CALISTO DE LIMA NETO				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE 28 A	SEXO M	COR	CLÍNICA <i>Ortopedia</i>	ENF.	LETO
DATA DE ADMISSÃO 07/09/2017		DATA DE ALTA 13/09/2017		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura Diafisária do Rádio</i>				CID <i>S52.3</i>	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx de antebraço demonstrando solução de continuidade óssea da diáfise do rádio</i>					
FÉUTICA MEDICAMENTOSA		ANATOMIA PATOLÓGICA			
INFECÇÃO DE F.O. ( ) SIM (X) NÃO		COLETA DE MATERIAL ( ) SIM ( ) NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA		CONDICÕES DE ALTA			
(X) MELHORADO ( ) REMOVIDO		( ) CURADO			
ÓBITO		OBITO			
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)					
<p>Paciente portador(a) de fratura de rádio foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de osteossíntese com placas e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.</p>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
ETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc.					
POUSO: Relativo em casa por 15 dias.					
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.					
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no local. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Deocil</i>					
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.					
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 21 dias para revisão.					
13/09/2017		DATA			
		ASS. MÉDICO / C.R.M.			
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO,					
CONTINUIDADE DE TRATAMENTO					

Dr. Jorge Augusto  
Ortopedia/Traumatologia  
CRM 022270







COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
18 JUN. 2018  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.671.666
DATA DE EXPEDIÇÃO	20/06/2008
NOME	OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO
FILIAÇÃO	JAIR RICARDO SILVA DE LIMA ELIANE LOPES DA SILVA
NATURALIDADE	MAMANGUAPE-PB
DATA DE NASCIMENTO	13/09/1989
DOC. ORIGEM	NASC.N.20477 FLS.142V LIV.A25 CARTORIO MAMANGUAPE PB
CPF	
Assinatura do Diretor	<i>Assinatura</i>
Assinatura do Diretor	



REPUBLICA FEDERAL DO BRASIL TERRITÓRIO NACIONAL 05701485



**CAB**

RESERVAÇÃO

12578

1.034.082 - SSP/PS

NÃO

15/04/2015

**ORDEN DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DA PARRISIA

IDENTIDADE DE ADVOGADO

JOSE EDUARDO DA SILVA

JOSEPA GERVASIO DA SILVA

JOÃO PESSOA-PS

1.034.082 - SSP/PS

NÃO

15/04/2015

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

18 JUN. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180279340 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO **Data do acidente:** 07/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 31/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA DIMINUIÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ2

**Nome:** RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

**CRM:** 902330

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180279340 **Cidade:** Mamanguape **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO **Data do acidente:** 07/09/2017 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 30/08/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA DIMINUIÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** DEFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

**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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Osvaldo Calisto de Sousa Neto  
brasileiro(a), estado civil solteiro profissão eletricista + mecânico  
RG nº 3621.668  
CPF/MF nº 094656604-69 residente e domiciliado(a) à Rua Comte Manoel Fernandes 60 02 21 12  
Cidade de Itamonte, PE Estado Pernambuco  
CEP: 5828000 telefone 83 99854-2280 \* 986634900

OUTORGADO: JOSÉ EDUARDO DA SILVA, CPF sob o n.º 455.536.024-91 e RG sob o n.º 1054562, com endereço cito à Av. Maria Rosa, 58, Manaira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

**PODERES:** O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

13 JUN. 2018

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Montrouge, 29 de 09 de 20 17

~~Roberto Cavito de Luna neto~~

OUTORGANTE

**8** **SENA LINDA**  
 Avenida do Estado, 1500 - Jd. Santa Helena - Curitiba - PR - 81250-000  
 Tel: (41) 3333-2266 - Fax: (41) 3333-2267  
 e-mail: [contato@sena.com.br](mailto:contato@sena.com.br)  
 www.sena.com.br





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08001397220198152001

**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 **OSVALDO CALIXTO DE LIMA NETO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 28 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



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 - 30/10/2020 11:15:54  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20103011155444400000034482593>  
Número do documento: 20103011155444400000034482593