



Número: **0884338-27.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **20/12/2019**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIA DE FATIMA ALVES DE ALMEIDA (AUTOR)	JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35689 862	20/10/2020 14:59	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
35689 864	20/10/2020 14:59	<a href="#"><u>2702369_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
35689 866	20/10/2020 14:59	<a href="#"><u>2702369_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 14:59:17  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102014591292400000034088422>  
Número do documento: 20102014591292400000034088422

Num. 35689862 - Pág. 1



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL	3 - CPF da vítima	4 - Nome completo da vítima	
	10588724432	Maria de Fátima Alves de Almeida	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA [VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL] - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012			
5 - Nome completo	6 - CPF		
7 - Profissão	8 - Endereço	9 - Número	10 - Complemento
11 - Bairro	12 - Cidade	13 - Estado	14 - CEP
15 - E-mail:	16 - Telefone:	17 - Celular:	18 - Fax:
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTON E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR			
17 - Nome completo do Representante Legal:			
18 - CPF do Representante Legal:		19 - Profissão do Representante Legal:	
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR COPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0617	CONTA: 37944	AGÊNCIA: 8	CONTA: 8
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitada de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidade 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 acima-nalado, solicite o prorrogação de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica as custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.394/74, art. 3º, §1º, autorizando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar da sua constatação.

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

23 - 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	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (marcador)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	34 - PREVISÃO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT para os únicos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando o cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de devolver o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.						

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º   Nome: CPF: PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	40 - Local e Data: João Pessoa - PB 04/10/19	Assinatura da testemunha
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura do procurador (se houver)	

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 14:59:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102014591742700000034088424>  
Número do documento: 20102014591742700000034088424

Num. 35689864 - Pág. 2



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, 07 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190567579**

**Vítima: MARIA DE FATIMA ALVES DE ALMEIDA**

**Data do Acidente: 02/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

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

**Senhor(a), MARIA DE FATIMA ALVES DE ALMEIDA**

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 14854255

Pag. 00715/00716 - carta\_01 - INVALIDEZ



00030358





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, 18 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190567579**      **Vítima: MARIA DE FATIMA ALVES DE ALMEIDA**

**Data do Acidente: 02/05/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), MARIA DE FATIMA ALVES DE ALMEIDA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.



Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





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, 07 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190567579**      **Vítima: MARIA DE FATIMA ALVES DE ALMEIDA**

**Data do Acidente:** 02/05/2019      **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA DE FATIMA ALVES DE ALMEIDA**

Informamos que o pagamento da indenização

informações abaixo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%  
Grau: III - Físico 50%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: MARIA DE FATIMA ALVES DE ALMEIDA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000617

Conta: 0000037944-8

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco)

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

10588724432 de Fátima A. de Almeida

- Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(83) 986634900

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0617

CONTA: 37944

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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, solicitei o arquivamento 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 as 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, declarando 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

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado/Judicialmente  Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim  Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?  Sim  Não

29 - Se tinha filhos, informar quantos filhos vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascido/vivendo?  Sim  Não

31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não

32 - Se tinha irmãos, informar quantos irmãos vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT para 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 devolver o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

INSCRIÇÃO  
SIGNATÁRIO  
DATA  
MOTIVO  
NOME  
TESTEMUNHA

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

PROTOCOLO

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



~~Assinatura~~

□ ★ ← ↷ ×



COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
04 OUT. 2019  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 14:59:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102014591742700000034088424>  
Número do documento: 20102014591742700000034088424

Num. 35689864 - Pág. 7

**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 10866.01.2019.1.00.401**



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 10866.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever no íntegro: A(s) 10:02 horas do dia 19 de setembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, é desta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Júnior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu Maria de Fátima Alves de Almeida, CPF nº 105.887.244-32, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Auxiliar Administrativa, filho(a) de Josefa Alves de Almeida e Domingos Pereira de Almeida, natural de São João do Rio do Peixe/PB, nascido(a) em 16/02/1993 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Fortaleza, Nº 145, bairro Valentina, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98709-9071.

**Dados do(s) Fato(s):**

Local: Rua Manoel Lopes de Carvalho, Posto Br, João Pessoa/PB, bairro Água Fria; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 02/05/19 06:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 02/05/2019, POR VOLTA DAS 06:30, ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA TWISTER DE COR VERMELHA, ANO 2016, PLACA QFL-8906/PB, CHASSI 9C2MC4400GR015374, REGISTRADA EM NOME DE LEANDRO FERREIRA DE OLIVEIRA, A QUAL ESTAVA SENDO PILOTADA PELO SENHOR ALEX JUNIO DE SOUSA DIAS, PORTADOR DO CPF 112756904-08, O QUAL ENCONTRA-SE PRESENTE A ESTA SALA DE OCORRÊNCIA E RELATA QUE PILOTAVA A REFERIDA MOTOCICLETA NA RUA MANOEL LOPES DE CARVALHO, ÁGUA FRIA, NESTA CAPITAL, QUANDO UM VEICULO ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADO SAIU DO POSTO DE COMBUSTÍVEIS SEM RESPEITAR A PREFERÊNCIA DA MOTOCICLETA E VEIO A COLIDIR NA MOTOCICLETA DO MESMO; QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID 82.0, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM 23/05/2019, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. VALDEBAN CARVALHO JR.

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

João Pessoa/PB, 19 de setembro de 2019.

  
JOSE RODRIGUES DA SILVA JÚNIOR  
Agente de Investigação

  
MARIA DE FÁTIMA ALVES DE ALMEIDA  
Noticiante

**COMPREV**  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
04 OUT. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

Procedimento Policial: 10866.01.2019.1.00.401

1/1





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:  
10588724432 de Fátima A. de Almeida

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: *Fátima Alves de Almeida* 6 - CPF: *10588724432*

7 - Profissão:

*Recuse*

8 - Endereço:

*Av. Fortaleza*

9 - Número:

*345*

10 - Complemento:

11 - Bairro:

*Gramaíne*

12 - Cidade:

*João Pessoa*

13 - Estado:

*PB*

14 - CEP:

*58069-039*

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

*(83) 986634900*

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUZO INFORMAR  
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

### 21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

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

AGÊNCIA: **0617**

CONTA: **37944**

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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, solicitei o arquivamento 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 as 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, declarando 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

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado/Judicialmente  Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar teve filhos?  Sim  Não 30 - Vítima deixou nascido (não nascido)?  Sim  Não 31 - Vítima  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar teve irmãos?  Sim  Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por invalidez a 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 devolver o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

35 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data,

*João Pessoa - PB 04/10/19*

*Maria de Fátima Alves de Almeida*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FP5.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





□ ★ ↗ ↘ ×



COMPREV  
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A  
04 OUT. 2019  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 14:59:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102014591742700000034088424>  
Número do documento: 20102014591742700000034088424

Num. 35689864 - Pág. 10



## CERTIDÃO

Nº. 1538/2019

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buriti, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº226040 e Prontuário N° 2019.05.0110 pertencentes a paciente **MARIA DE FATIMA ALVES DE ALMEIDA** que foi atendido dia 02/05/2019 às 07h46min, vítima de colisão de moto x carro, apresentando trauma em membros inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura do tornozelo direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 23/05/2019. Com alta médica dia 24/05/2019.

E para constar eu Rossana de Fátima Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 13 de setembro de 2019

Rossana de Fátima de A. Barbosa  
Médica de Vigilância à Saúde  
CRM-PB - 3533

  
Rossana de Fátima de A. Barbosa  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3533



# 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: 01/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: MARIA DE FATIMA ALVES DE ALMEIDA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00617

CONTA: 000000037944-8

---

Nr. da Autenticação DD88D8C0155BA2EC



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 14:59:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010201459174270000034088424>  
Número do documento: 2010201459174270000034088424

Num. 35689864 - Pág. 12

**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA  
Rua Feliciano Círio, 220 - Jardim João Pessoa - PB  
CEP: 58.015-370 - CNPJ: 02.122.654/0001-87PARA CONTATO COM A CAGEPA  
INFORME SEU NÚMERO  
**MATRÍCULA**

1110411

N\_0SP

20364157

**HISTORICAMENTE DEBITOS****DOMINGOS PEREIRA DE ALMEIDA**  
AV. FORTALEZA, 145 - GRAMAME, JOÃO PESSOA - PB  
58065-032

Inscrição		Quantidade de Economas		Responsável
001.092.255.0188.000		000	T 0 0 0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
A07A112079	17/05/2003	JARD. LAGOA	LIGADO	POTENCIAL
Comsto(s) em nossos registros (pendente(s) de pagamento de conta anterior(es)). Confirme previsto na Lei Federal 11.445, essa(s) pendente(s) não é sujeito(a) a mês de suspensão no fornecimento de água. Caso o débito já tenha sido quitado, há mais de 3 dias, desconsidere este aviso.				
Para demais informações, entre em contato com a CAGEPA pelas lojas de atendimento ou pelo control telefônico de atendimento (115), gratuitamente.				

REF	VENCIMENTO	VALOR(R\$)	REF	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
ABR/2019	16/03/2019	41,09			
ABR/2019	16/04/2019	37,93			

EMISSÃO:

02/05/2019

Total a Pagar:

R\$ 129,02

*CONFIDENCIAL / PREV  
04 OUT. 2019  
PROTÓCOLO  
JOÃO PESSOA*

# BOLETO PARA PAGAMENTO

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

Para mais pagamento da nota fiscal/carta de energia a eletrica N° 029.884.494



ENERGISA PARAÍBA - 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. 15.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

CELENI DOMINGOS DA SILVA  
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02  
JOAO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENIMENTO

TOTAL A PAGAR

AGO/2019

20/08/2019

150

27/08/2019

R\$ 138,62

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 29/08/2019

Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 262.242.244-04

RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000229271	001371069201908	27/08/2019	R\$ 138,62	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 14:59:22

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010201459174270000034088424>

Número do documento: 2010201459174270000034088424

Num. 35689864 - Pág. 14



## 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 12 06 | 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. Esta 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754-74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Maria de Fátima Alves de Almada inscrito (a) no CPF sob o N° 105.887.244-32,  
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidex da Vítima Maria de Fátima Alves de Almada

Inscrito (a) no CPF sob o N° 105.887.244-32, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresenta 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 no endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	Rua Agente Fiscal José G. Duarte	Número:	157	Complemento:
Bairro:	Giangabeira	Cidade:	João Pessoa	Estado: PB CEP: 58056-384
E-mail:	(83) 98663-4900			

Local e Data:

João Pessoa - PB 04/10/19

Assinatura do Declarante

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

04 OUT. 2019

PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

DLDR\_001\_V001/2017

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Leandro Ferreira de Oliveira,  
RG nº 3 488 698, data de expedição 05/08/2019  
Órgão SSE-PB, portador do CPF nº 099.101.184-83, com  
domicílio na cidade de Salvador, no Estado de  
Bahia, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua nossa Senhora da Penha, nº 125,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
víctima Maria de Fátima Alves Oliveira o condutor era  
Alex Gomes de Souza Dantas

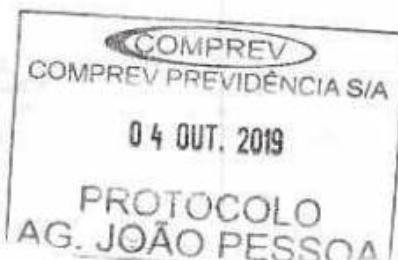
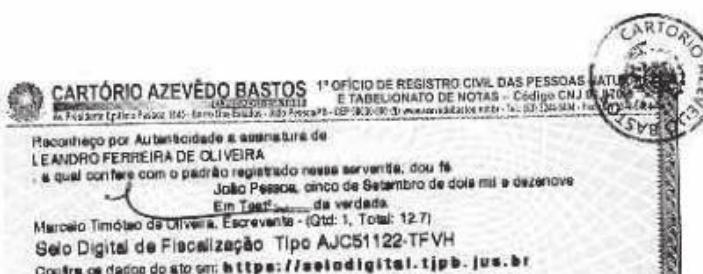
Veículo: moto  
Modelo: CB 250F Twister  
Ano: 2016  
Placa: GTL-8906  
Chassi: 9C2MC44006R015374  
Data do Acidente: 02/09/2019  
Local e Data: João Pessoa, 05-09-19

Leandro Ferreira de Oliveira

Assinatura do Declarante

Marco junio de Souza Dantas

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



PREFILITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA Ficha Nr: 226040 Atd: Nao Regula  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY, Data: 02/05/2019  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 07:46:11  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980 Repcionista: ADRIANA DA SILVA  
FAX: ( ) - CNPJ: Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1  
Nome: MARIA DE FATIMA ALVES DE ALMEIDA Num. Prontuario: 2019.05.000110  
CNS: 700204969825028 Sexo: F CPF: 3784156 Fone: 987963704  
Natural: SAO JOAO DO RIO DO PEIXE/PB Data Nasc.: 16/02/1993 Id: 26 ano(s)

End.: RUA PROJETADA,ONNAO SOUBE INFORMAR A RUA  
Bairro: VALENTINA DE FIGUEIREDO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB  
Mae: JOSEFA ALVES DE ALMEIDA Pai: DOMINGOS PEREIRA DE ALMEIDA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
Ocupação: SECRETARIO SEM ESPECIFICACAO

INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

Resp.: NOIVA RESPONSAVEL ALEX JUNIOR DE SOUSA DIAS

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: RUA

Transporte utilizado: SAMU

Vitima de acidente por: MOTO

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

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

Exame Principal

PACIENTE VITIMA DE COLISAO CARRO E MOTO COM  
TRUAME MID

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Observacao

NEGA TCE SIG

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

dor em joelho, perna e pé dir.

rigidez rígida es adensamento dor intensa.

Diagnóstico

Conduta Perio X

Fractura Fratura aberta 1-1c. ou fechada

Prescrição Dr. Fernando Gomes

Dr. Fernando Gomes - Cirurgião

Dr. Milton do Silveira Liphores CRM 4714 TEC 6125

Ortopedia Traumatologia

Conduta: Sustento D.O. PERIOD. P/C.R. GERAL

PODRÁTAR P/ INTENSAZ



02/05/19 An. Series

Paciente com dor no ombro-contra-  
lateral prossinal de origem idonea. Profun-  
do subcutâneo. Recorrência dupla + sub-  
cutânea. VAT encosta

Data e Hora da PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Cl. Tetragnathidae 250 VI 19 - Faz  
Pete et jardins de tomzello D  
Aos andados da auto pedir

~~Reginauro N. Dias Alves  
Médico Cirurgião - Geral  
CRM/SP: 6894~~

24  
05, Psicología

19 Fato apesar da desigualdade existente entre os países, é preciso levar em conta as orientações midiáticas para a elaboração de suas políticas.

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

## PROCEDIMENTO REALIZADO

#### **DESTINO DO PACIENTE**

- [ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ]

~~Ms. A. S. Dix~~

*(Assinatura do Paciente/Responsável)*

## Assinatura e Carimbo do M





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Maria de Fátima Alves</u>				Data da Admissão: <u>21/7/19</u>
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:	
Nome da Mãe:				Bairro:
Endereço:	Estado:	Fone:	Profissão:	
Cidade:	Estado Civil:		Religião:	
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M ( ) Cor:	Data de Nascimento			
Escolaridade:				
QPD:	<u>Dor + edema Tornozeleira</u>			
HDA:	<u>Audor de motores / Torauma Tornozeleira</u>			
<u>Rex c/ pt. brimoleolar</u>				
Medicações em uso:				
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>				
<b>Geral:</b> <input type="checkbox"/> Fadiga <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso _____ Kg em _____ <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros: _____				
<b>Pele:</b> _____				
<b>Cabeça e Pescoço:</b> <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: _____ Visão: _____				
<b>AR e ACV:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Outros: _____				
<b>ABD:</b> <input type="checkbox"/> Dor _____ <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Soluço <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume				
<b>AGU:</b> <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematuria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrimento <input type="checkbox"/> Outras: _____				
<b>SME:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input checked="" type="checkbox"/> Edema <input checked="" type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos <input type="checkbox"/> Rigidex pós-reposo <input type="checkbox"/> Deformidades				
<b>SN e PSQ:</b> <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor				

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

**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

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

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

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taipa [ ] IHTF  
 [ ] Trauma \_\_\_\_\_ [ ] Neo \_\_\_\_\_ [ ] Tabagismo \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

681 + exoma Tornoz. (1)

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

Hipóteses Diagnósticas:

FT. Bimolar Tornoz. (1)

Conduta:

Intervenção pl + 77º amigd.





### RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>João de Sálima</i>				Registro:	
Idade: <i>26</i>	Sexo: <i>F</i>	Cor: <i>branca</i>	Clinica: <i>Alvorada</i>	EMP: <i>P</i>	LR: <i>P</i>
Data: <i>23/5/19</i>	Cirurgião: <i>Dra. Roseli Souza da Rocha</i>			1º Assistente: <i>Dra. Roseli Souza da Rocha</i>	
2º Assistente: <i>Dra. Sueli</i>	3º Assistente: <i>-</i>	Instrumentador: <i>-</i>			
Anestesista: <i>Dra. Mayra</i>	Tipo Anestesia: <i>RGA</i>			Horário: <i>I:</i>	<i>T:</i>
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Tumor Sustentado</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Ressecção cirúrgica</i>					
<i>exumação</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim	Descreva:		
		2 ( <input type="checkbox"/> ) Não			
Biópsia de Congelação:		1 ( <input type="checkbox"/> ) Sim			
		2 ( <input type="checkbox"/> ) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 ( <input type="checkbox"/> ) Enfermaria 2 ( <input type="checkbox"/> ) Terapia Intensiva 3 ( <input type="checkbox"/> ) Residência 4 ( <input type="checkbox"/> ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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



## DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Anfis e adenofi  
fo corpo operado.

Incisão:

Fazendo lise de tecido  
ao redor da fibula

Achados:

diâmetro  
de cerca de 15 cm.  
cora fibra branca  
e pelos numerosos

Conduta:

de 5 cm de comprimento  
com 5 parafusos.  
Reparo feito com ferida

Fazendo os retoques de  
materiais - fechando  
circunferencialmente  
a ferida com sutura

Fechamento:

pele feita  
bem feita.

OBS:

geralmente  
de ferida feita  
de 5 cm.

Data: 23/11/19

Dr. Roberto A. Soárez  
Traumatologista  
CRM-PB #1000

MÉDICO/CRM



PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

04 OUT. 2019

CONTRIBUINTE  
COMPRREV PREVIDENCIAS/A

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
PROTÓCOLO GERAL	3.784.156
NAME	MARIA DE FÁTIMA ALVES DE ALMEIDA
PLACAR	DONÍNGOS PEREIRA DE ALMEIDA
JOSEFA ALVES DE ALMEIDA	
DATA DE NASCIMENTO	
SÃO JOÃO DO RIO DO PEIXE-PB 16/02/1993	
NASC.N.13556 FLS.502 LIV.A-21	
CANTORIO SJ RIO DO PEIXE-PB	
LEIA 7.º LIG. 10	
REGISTRO DE IDENTIDADE	





OMPREV  
COMPAGNIA PREVIDÊNCIAS/A  
04 OUT. 2019  
PROTOCOLO  
AO JOÃO PESSOA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 14:59:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102014591742700000034088424>  
Número do documento: 20102014591742700000034088424

Num. 35689864 - Pág. 24

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567579 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: MARIA DE FATIMA ALVES DE Data do acidente: 02/05/2019 Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA ALMEIDA DE VIDA E PREV. S/A

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

Data da análise: 10/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.1,3(BAM) P.6(CIRURGIA)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 14:59:22  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010201459174270000034088424>  
Número do documento: 2010201459174270000034088424

Num. 35689864 - Pág. 25

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

Número: 3190567579 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente  
Vítima: MARIA DE FATIMA ALVES DE Data do acidente: 02/05/2019 Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA ALMEIDA DE VIDA E PREV. S/A

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

Data da análise: 10/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: P.1,3(BAM) P.6(CIRURGIA)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50





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

**Processo: 08843382720198152001**

**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 **MARIA DE FATIMA ALVES DE ALMEIDA**, 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:

**DO LAUDO PERICIAL**

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

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

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete 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.

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 - 20/10/2020 14:59:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102014592230700000034088826>  
Número do documento: 20102014592230700000034088826

Num. 35689866 - Pág. 1

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 16 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)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/10/2020 14:59:26  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102014592230700000034088826>  
Número do documento: 20102014592230700000034088826

Num. 35689866 - Pág. 2