



Número: **0801477-41.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **19/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
LENILTON LUCAS VICENTE PIRES (AUTOR)	ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO) GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
RAFAEL LARA DE FREITAS (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
35375 517	03/12/2020 11:26	Petição
37420 277	03/12/2020 11:26	2704460_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02
37420 278	03/12/2020 11:26	2704460_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:26:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311261638000000033798122>
Número do documento: 20120311261638000000033798122

Num. 35375517 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190573502 **Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES**

Data do Acidente: 14/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

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 14852446

Pag. 01723/01724 - carta_01 - INVALIDEZ



00020862



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:26:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311261654000000035704568>
Número do documento: 20120311261654000000035704568

Num. 37420277 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 09 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190573502 **Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES**

Data do Acidente: 14/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue informa endereço diferente do comprovante de residência.
---------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01801/01802 - carta_03 - INVALIDEZ



00050901

Carta nº 14864758



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:26:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311261654000000035704568>
Número do documento: 20120311261654000000035704568

Num. 37420277 - Pág. 2

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190573502 **Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES**

Data do Acidente: 14/12/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

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

Banco: **104**

Agência: **000001010**

Conta: **0000037868-1**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

708.415.424-81

Nome completo da vítima:

Beriltoen Lucas Vicente Pires

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Barro:

E-mail:

Cidade:

Estado:

CEP:

Telefone:

Número:

Complemento:

motor boy

gramame

jaçá Pensea

P-3

58059732

83-999219283

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO 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

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

0913

CONTA CORRENTE (fólio de banco)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1010

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 37 968 1

(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.

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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data da óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer): Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data, 19-09-2019
Nome: beriltoen lucas vicente pires
CPF: 708.415.424-81

(*) Assinatura de quem assina A RGÓ

beriltoen lucas vicente pires
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*.) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGÓ, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência integral teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 10825.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 10825.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:57 horas do dia 18 de setembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouveia Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu Lenilton Lucas Vicente Pires, RG nº 4131181 SSP/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Motoboy, filho(a) de Luciana Vicente da Silva e Pai Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 09/08/1998 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Manoel Rodrigues de Lacerda, Nº 108, bairro Gramame, tendo como ponto de referência Não Informado., na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98628-2381.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Próximo Ao Mercado Central., João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 14/12/18 16:00h; Tipificação: em tese, capitulada no(s) LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO, PERDA OU EXTRAVIO DE DOCUMENTO E/OU OBJETO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 14/12/2018 por volta das 16:00 horas quando transitava, pelo bairro de Mangabeira VIII - próximo ao Mercado Central, João Pessoa-PB, com o veículo tipo HONDA/CG 160 FAN ano/mod: 2018/2018, de cor preta de placa: QSC2165/PB CHASSI: 9C2KC2200JR160878 pertencente ao Sr. José Junior Vicente da Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando um veículo não identificado/que evadiu-se do local colidiu na traseira da moto conduzida pelo declarante, Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido pelo por terceiros ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY onde foi diagnosticado, de acordo com a CERTIDÃO de nº 0552/2019, FRATURA EXPOSTA DE PÉ DIREITO, conforme LAUDO MÉDICO assinado pela Dra. SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA CRM 2959/PB.

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

João Pessoa/PB, 18 de setembro de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

LENILTON LUCAS VICENTE PIRES
Noticiante

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

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
[REDACTED]
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA
Procedimento Policial: 10825.01.2019.1.00.401

1/1



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

708.415.424-81

Nome completo da vítima:
Berenilton Lucas Vicente Pires

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

Barro:

Cidade:

Estado:

CEP:

Telefone:

E-mail:

Berenilton Lucas Vicente Pires
motorboy
gramame
R. manuel Rodrigues de Sárcada
Jac Pires
108
58059732
83-999219283

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

RECUZO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

0913

CONTA CORRENTE (Sómete para os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1010

CONTA: 37 968 1

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.

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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data da óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer): Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

Local e Data, 19-09-2019
Nome: Berenilton Lucas Vicente Pires
CPF: 708.415.424-81

(*) Assinatura de quem assina A RG

Berenilton Lucas Vicente Pires

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RGOG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência integral teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018



2018 17:29h | Choperia

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Paciente: Jana de Alencar Moreira
Agravamento: dor e fadiga na lombar
A dor é intensa fadiga na base, fadiga
na nuca dorso de D1 a L5 e
lombalgia. Dorsal dor de dor

Medicamentos: Indicados: Fm

25 2, 3, 4, 5 ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtdet. Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

1	100	80	91 70
1	1	1	1
1	1	1	1
1	1	1	1
1	1	1	1

1 Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

COMPREV

PROCEDIMENTO REALIZADO

08 OUT. 2019

DESTINO DO PACIENTE

Residencia

Transferido

Desistencia

UT

Alta a pedido

Enfermaria

Obito: Atestado SVC

X Evelyn Nathalia Evangelista da Silveira

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo d

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: 30/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01010

CONTA: 000000037868-1

Nr. da Autenticação 4C0B3FD4B5F72C6C



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:26:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311261654000000035704568>
Número do documento: 20120311261654000000035704568

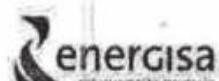
Num. 37420277 - Pág. 9

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento tem valor fiscal.

Documento não é segunda via da conta.

Boleto para pagamento digitalizado da conta Energisa da energia elétrica - N° 030.003.269.



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
BR 230, KM 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-689
CNPJ 16.008.143/0001-48 - Inscrição 16.016.022-4

DADOS DO CLIENTE

LUCIANA VICENTE DA SILVA
RUA DAS NOLINAS S/N QD: 229 / LT: 427
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1211526-7

REFERÊNCIA

SET/2019

APRESENTAÇÃO

11/09/2019

CONSUMO

177

VENCIMENTO

16/10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 148,36

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.80000 03150.244008 00474.278173 4 80440000014836

Pagador: LUCIANA VICENTE DA SILVA CNPJ/CPF: 013.857.254-27

RUA DAS NOLINAS S/N QD: 229 / LT: 427 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440000474278	001211526201909	16/10/2019	R\$ 148,36	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

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

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

09.095.183/0001-40



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA SIA
08 OUT. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:26:16

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311261654000000035704568>

Número do documento: 20120311261654000000035704568

Num. 37420277 - Pág. 10

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segundona de conta.

NOTA: para efetuar seu pagamento via conta fixa, acesse o site de energia elétrica: [NP 039.181.584](http://039.181.584)



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 230, KM 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 00.005.183/0001-02 Nro. Sia. 10.075.003-2

DADOS DO CLIENTE

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO
AV JOAO MACHADO 553 SL 127
JOAO PESSOA

REFERÊNCIA

AGO/2019

APRESENTAÇÃO

08/08/2019

CONSUMO

144

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1313928-2

VENIMENTO

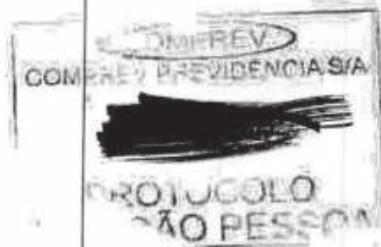
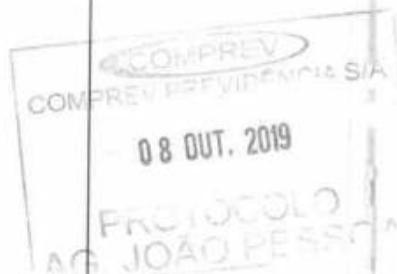
15/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 130,20

Acesse: www.energisa.com.br

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 15/08/2019				
Pegador: ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO CNPJ/CPF: 056.310.284-08 AV JOAO MACHADO 553 SL 127 - CENTRO - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número Nr Documento Data Vencimento Valor do Documento Valor Pago				
001313928201808	001313928201808	15/08/2019	R\$ 130,20	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A BR230 KM 25, 8 N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				09.095.183/0001-40
Agência / Código do Beneficiário:				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:26:16

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311261654000000035704568>

Número do documento: 20120311261654000000035704568

Num. 37420277 - Pág. 11

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h):
Capital e regiões metropolitanas: 0800-13386 / Outros lugares: 0800 622 12 04
SAC (para indenizações e seguros, 24 horas por dia): 0800 032 61 00 | SAC (para desentendimentos e da 8h às 20h): 0800 622 12 00 | Central Documentar: 0800 622 61 00

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 nº 445/12, que trata de 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 de profissão e da fonte de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

² SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ATUARIAL, CAPITALIZAÇÃO E RENDSEGURO. ³ 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 N°9.513/97.

Pelo exposto, eu Giulliana Flávia de Amorim Nóbrega

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 021.197.984 / 69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Hamilton Lucas Vicente Pires Inscrito (a) no CPF sob o N° 708.415.424 / 81

do sinistro de DPVAT cobertura Inválida da Vítima Hamilton Lucas Vicente Pires

Inscrito (a) no CPF sob o N° 708.415.424 / 81, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

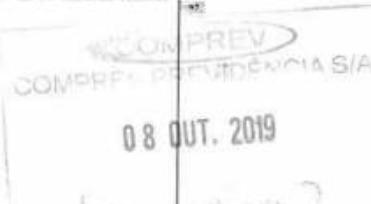
Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia de comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na aplicação penal prevista no art. 298 do Código Penal.

Endereço:	<u>AV. João Pessoa</u>	Número:	<u>553</u>	Complemento:	<u>SMA 127</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>JOÃO PESSOA</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:				TEL(DDD):	<u>(83) 99921-9293</u>

Local e Data: JOÃO PESSOA, 09 DE SETEMBRO DE 2019

Giulliana Flávia de Amorim Nóbrega
Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu JOSE JUNIO VICENTE DA SILVA

RG nº 2101822 data de expedição 26/05/98, Órgão SSP-PB
portador do CPF nº 024.958.404-26, com Domicílio na
cidade de J. PESSOA, no Estado da Paraíba, onde
resido na (Rua/Avenida/Endereço) R. Elvio Henriquez nro 155 J. Américo
nº 158, complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é (ão) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima benilton borges vicente pires
cujo o condutor era

Veículo: Parimotociclo/Não APPLIE
Ano: 2018

Modelo: Honda /ce 160 FAN

Placa: Q SP 91651PB

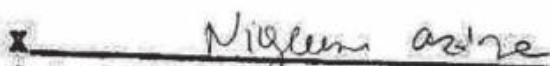
Chassi: 9P2KC2100JR160878

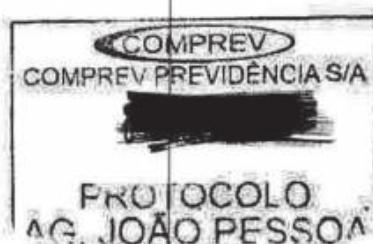
Data do acidente: 14/12/2018

Local e data: 14 - 12 - 2018


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




Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não é vítima reclamante do
acidente) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status





Nome: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES
Convênio: PARTICULAR
Médico Solicitante: REQUISIÇÃO PRÓPRIA

ULTRASSONOGRAFIA DO PÉ DIREITO

Pele e tecido celular subcutâneo de aspecto habitual.

Fáscia plantar de espessura e aspecto normais.

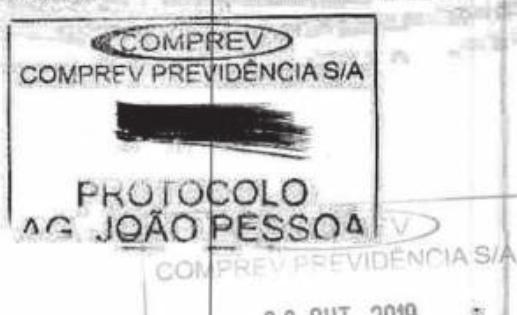
Tendões extensores do 2º, 3º e 4º pododáctilos apresentando ecotextura heterogênea, com predomínio de hipoeogenicidade difusa, espessamento e perda da continuidade de suas fibras, mais evidente no 2º e no 3º, que apresentam respectivamente 1,6 mm e 1,8 mm de distância entre os cotos tendíneos, associados a edema de partes moles e derrame articular adjacentes.

Tendões do flexor longo e curto dos dedos de espessura e ecotextura normais.

Ausência de massas e coleções.

CONCLUSÃO:

- Tenossinovite dos extensores do 2º, 3º e 4º pododáctilos.
- Rotura completa dos tendões extensores do 2º e 3º pododáctilos.
- Rotura parcial do tendão extensor do 4º pododáctilo.



DR. Thiago Bertoni Marchito
CRM - 7531 PB

Dr. Carlos Ferreira Neto II - CRM 5942-PB
Dr. Henrique Queiroga Cortizo - CRM 4146-PB
Dr. Italo Miranda Pereira - CRM 5806-PB
Dr. Marcílio Mendes Cortizo - CRM 2044-PB
Dr. Murilo Augusto de Almeida Rodrigues - CRM 7884-PB
Dr. Océlio Queiroga Cortizo Filho - CRM 5056-PB
Dr. Pedro Guedes Pereira - CRM 5033-PB

MAGNETOM SAMARITANO
Av. Santa Julia, 35 - Torre - João Pessoa - PB - CEP 58.040-450
Fones: Ressonânciia (83) 3244-6968 • Tomografia (83) 3244-2988

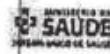
MAGNETOM PRAIA
Av. San. Ruy Carneiro, 234 - Miramar - João Pessoa - PB - CEP 58.032-101
Tel.: (83) 3247-3111
www.magnetom.com.br • Email: magnetom@magnetom.com.br



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

OME: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES				PRONTUÁRIO N.º
IDADE: 20 ANOS	SEXO MASC	COR	CLÍNICA Ortopedia	ENF
DATA DE ADMISSÃO 02/01/2019		DATA DE ALTA 25/01/2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura DO 2, 3, 4 E 5 METATARSO DIREITO</i>				CID S.92
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>				08 OUT. 2019
OUTROS DIAGNÓSTICOS				
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx do Pé esquerdo demonstrando solução de continuidade óssea de metatarso</i>				
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA				
ANATOMIA PATOLÓGICA				COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO				
RESULTADO BACTERIOLOGIA				
CONDICÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		TRABALHAR	EM CASA	<input type="checkbox"/> CURADO <input checked="" type="checkbox"/> ÓBITO
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)		<p>Paciente portador(a) de Fratura DO 2, 3, 4 E 5 METATARSO do pé direito submetido(a) a tratamento CIRÚRGICO ATRAVÉS DE REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA COM FIOS DE KIRSCHNER. 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				
DIETA: Livre ou conforme já realizada pelo(a) paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...				
REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias. Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em 60 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 lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.				
MEDICAÇÕES PARA CASA: AIINES + ciprofloxacino				
RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias. Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. (DR ALISSON)				
26/01/2019 DATA		ASS. MÉDICO / C.R.M. Dr. Edson Palma CRM 1103		
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO				





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Leandro Lucas
Vicente Pinho

Paciente submetido a tratamento cirúrgico de fratura grave, de múltiplos metatarsos e fíbula. Há + 3 meses. Existe com fratura consolidada e dor com limitação funcional no pé direito. Recebe alta ambulatorial.

Assinatura e Carimbo

CID 5923,
22/03/19.
Dr. ALVES F. F. Vieira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 693/CRO-PI 17506
SCOT 3614L





CERTIDÃO

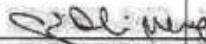
Nº. 0552/2019

Atendendo solicitação de GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarciso Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial nº 190255 e Prontuário nº 2018.12.001644 pertencentes a LENILTON LUCAS VICENTE PIRES que foi atendido dia 14/12/2018 às 16H46min, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta de pé direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 14/12/2018 com alta médica dia 26/01/2019.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 15 de abril de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:				Registro:	
Idade:	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/>	Cor: P	Clinica: ORT	EMP:	LR:
Data: 14/12/18	Cirurgião: GURCOSIR6		1º Assistente:		
2º Assistente	3º Assistente:		Instrumentador: GILMARA		
Anestesista: Robert P.	Tipo Anestesia: Gafey		Horário: I:	T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>ferimento aberto ch</i> <i>na ferme, d'ho. e p</i> <i>Dr. fez c/ prof. p</i> <i>fermeada e fechada</i> <i>parte das extensões</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>lo j</i> <i>1D(2)</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Linfase + dren.</i> <i>meio d drenagem</i> <i>d p d drenagem</i> <i>d drenagem extensões</i> <i>de drenagem p ferida</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Descreva:		
Biópsia de Congelação:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Terapia Intensiva <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA**Posição e Preparo:**

Retração muscular anterolateral
e fixação da sartácia. Seguindo
a crista ilíaca e quase paralelo
ao músculo reto do abdômen.
O campo operatório

Incisão:

Excisão de tecido tecal e vascular

Achados:

Perfuração de tecido
extensão do peritoneo

Conduta:

Suturar o peritoneo e fechar
a ferida extensão do tecido

Fechamento:

Suturar o tecido vascular
e fechar a ferida final

OBS:**Data:** 11/11/2020

Dr. José Wemberg C. da Lima
033 001738
Hospital Universitário

MÉDICO/CRM

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





AT 241401

TERMO DE ALTA A PEDIDO

O abaixo assinado, Benilton Lucas Vicente Pires pessoa responsável pelo(a) paciente, O mesmo certifica que deixa o **COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA**, por livre e espontânea decisão, contra o parecer do Médico Assistente e da Administração do Hospital. Declara, outrossim, que foi informado(a) dos riscos envolvidos e, pelo presente, isenta o Médico Assistente, o Hospital e o corpo de funcionários de qualquer responsabilidade pelo que possa ocorrer decorrente do seu ato.

Obs: Paciente orientado quanto aos riscos, decorrente do seu ato, assumindo integral responsabilidade pelo seu ato.

O mesmo saiu acompanhado de sua Companheira João Pessoa, 29/12/2018

Assinado

Obs: O mesmo diz que vai pagar a viagem particular.

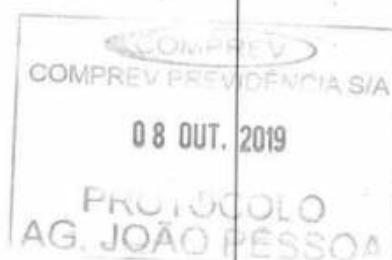
xJ0millon Lucas Vicente Pires
Assinatura do (a) Paciente ou Responsável

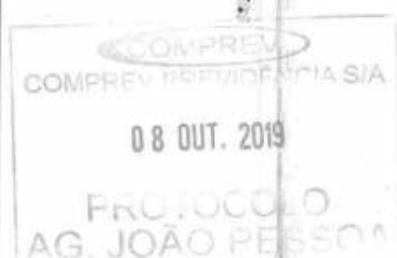
RG: 4135.181 SSP-RB.

xEnilson Nethalio Evangelista dos Reis
Assinatura do (a) Funcionário (a)
Companheiro

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







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190573502 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS DOS OSSOS DO PÉ DIREITO (2º, 3º, 4º E 5º METATARSOS)

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA RETRAÇÃO CICATRICIAL NO DORSO DO PÉ DIREITO, LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO FÍSICO: DOS DEDOS 2º, 3º, 4º E 5º DEDOS), DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS DOS METATARSOS, PORÉM RESULTOU EM RETRAÇÃO CICATRICIAL NO DORSO DO PÉ DIREITO, LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO DOS DEDOS DO PÉ COM PERDA DE FORÇA MOTORA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/10/2019

Conduta mantida:

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 pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190573502 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURAS DOS OSSOS DO PÉ DIREITO (2º, 3º, 4º E 5º METATARSOS)

Descrição do exame AO EXAME FÍSICO APRESENTA RETRAÇÃO CICATRICIAL NO DORSO DO PÉ DIREITO, LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO FÍSICO: DOS DEDOS 2º, 3º, 4º E 5º DEDOS), DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: HOUVE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS DOS METATARSOS, PORÉM RESULTOU EM RETRAÇÃO CICATRICIAL NO DORSO DO PÉ DIREITO, LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO DOS DEDOS DO PÉ COM PERDA DE FORÇA MOTORA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190573502 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE METATARSOS (2º AO 5º) DO PÉ DIREITO.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.1(EXAME) P.2(ALTA) P.3,4(RELATÓRIO) P.5-6(CIRURGIA) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:26:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311261654000000035704568>
Número do documento: 20120311261654000000035704568

Num. 37420277 - Pág. 25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190573502 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES **Data do acidente:** 14/12/2018 **Seguradora:** MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE METATARSOS (2º AO 5º) DO PÉ DIREITO.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.1(EXAME) P.2(ALTA) P.3,4(RELATÓRIO) P.5-6(CIRURGIA) SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:26:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311261654000000035704568>
Número do documento: 20120311261654000000035704568

Num. 37420277 - Pág. 26

PROCURAÇÃO

Outorgante: *Lenilton Lucas Vicente Pires*, brasileiro(a), estado civil *SOLTEIRO*, profissão *Condutor*, residente e domiciliado à Rua *Belas de oliveira* nº *107*, bairro *Alto dos Montes*, Município de *S. João Pires*, Estado de(o) *PB*, Cep.: *58.000-000*, portador(a) do RG nº *4.131.181*, SSP/... e CPF nº *7.08.415.424-81*

Outorgado: *Gisellyana Flávia de Amorim Môruga*, brasileiro(a), estado civil *casada*, profissão *adm. geral*, residente e domiciliado(a) à Rua *Al. José M. Andrade*, nº *553*, bairro *Centro*, Município de *Jacauá-PB*, Estado de (o) *PB*, Cep.: *58.000-000*, portador (a) do RG nº *2.668.291*, SSP/... e CPF nº *011-197.784-69*

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) *Lenilton Lucas Vicente Pires* ocorrido em *14/12/2018*, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza *invalidez*.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pernas, 19, de *Junho* de 2019

COMPROMISSO DE AUTENTICIDADE
08 OUT. 2019
Pronunciado
AG. JOÃO PERNAS

Lenilton Lucas Vicente Pires CARTÓRIO
VIEIRA BATISTA
Outorgante
CPF Nº *7.08.415.424-81*

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0349435/19

Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

CPF: 708.415.424-81

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/12/2018

Titular do CPF: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

LENILTON LUCAS VICENTE PIRES : 708.415.424-81

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/10/2019
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0349435/19

Número do Sinistro: 3190573502

Vítima: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

CPF: 708.415.424-81

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/12/2018

Titular do CPF: LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

Seguradora: MAPFRE PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

LENILTON LUCAS VICENTE PIRES : 708.415.424-81

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 17/10/2019
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/10/2019
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

RENATO LUNA DIAS



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:26:16
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311261654000000035704568>
Número do documento: 20120311261654000000035704568

Num. 37420277 - Pág. 29



()



Buscar no site



A COMPANHIA **SEGURO DPVAT** PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190573502 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB

BENEFICIÁRIO LENILTON LUCAS VICENTE PIRES

CPF/CNPJ: 70841542481

Posição em 09-03-2020 10:42:38

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

30/10/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
------------	--------------	----------	--------------

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
07/11/2019	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	Download
20/10/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	Download



11/10/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/qrCCNmdO1TXHG__Lapi_key=y+J2M6vLMwe__4v9TOuYj0jGfN9m1EvefeUujREzAk20=)
11/10/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/__V0__3tU+xE__d__Papi_key=y+J2M6vLMwe__4v9TOuYj0jGfN9m1EvefeUujREzAk20=)



(<https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/>)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(</Pages/Acessibilidade.aspx>)



(</Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (</Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx>)

Documentos Invalidez Permanente (</Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx>)

Documentos Morte (</Pages/Documentacao-Morte.aspx>)

Dicas Indispensáveis (</Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx>)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (</Pages/Saiba-como-pagar.aspx>)

Consulta a Pagamentos Efetuados (</Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx>)

ACOMPANHE O PROCESSO



Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (</Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx>)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo ([/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx](#))
- › Consulta a Pagamentos ([/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx](#))
- › Saiba Como Pagar ([/Pages/Saiba-como-pagar.aspx](#))
- › Pontos de Atendimento ([/Pontos-de-Atendimento](#))
- › Como Pedir Indenização ([/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao](#))

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT ([/Pages/Quem-Somos.aspx](#))
- › Sobre o Seguro DPVAT ([/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx](#))
- › Informações Gerais ([/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx](#))
- › Dicas Indispensáveis ([/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx](#))
- › Dicionário do Seguro DPVAT ([/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT](#))
- › Perguntas Frequentes ([/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes](#))

Atendimento

- › Chat - Atendimento On-line ([/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line](#))
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões ([/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes](#))
- › Telefones de Contato ([/Contato/telefones-de-contato](#))
- › Ouvidoria ([/Contato/Ouvidoria](#))
- › Canal de Denúncias ([/Contato/canal-de-Denuncias](#))
- › Mapa do Site ([/Mapa-do-Site](#))



(<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

Termos de uso e política de privacidade ([/Pages/Terminos-de-Uso.aspx](#))



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:26:16
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311261654000000035704568>
Número do documento: 20120311261654000000035704568

Num. 37420277 Pág. 32



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

Processo: 08014774120208152003

BRADESCO SEGUROS 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 **LENILTON LUCAS VICENTE PIRES**, em trâmite perante este Duto 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\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete 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, 1 de dezembro 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:26:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311261698100000035704569>
Número do documento: 20120311261698100000035704569

Num. 37420278 - Pág. 1

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/12/2020 11:26:17
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120311261698100000035704569>
Número do documento: 20120311261698100000035704569

Num. 37420278 - Pág. 2