



Número: **0803698-03.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **22/01/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
CASSIO PRECILIANO DO REGO (AUTOR)	JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35841 420	23/10/2020 14:28	<u>Petição</u>	Petição
35841 423	23/10/2020 14:28	<u>2708439_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
35841 426	23/10/2020 14:28	<u>2708439_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 14:28:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102314280839900000034230013>
Número do documento: 20102314280839900000034230013

Num. 35841420 - Pág. 1



Regulado P/Trânsito
Aut. E.D.T.

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SAPÉ
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE

Ficha de Encaminhamento

Nome do Paciente: Carlinhos Prudêncio de Faria Data: 22/12/18
End.: _____
Bairro: _____ Cidade: Riodos do Poço
Unidade de origem: _____

Motivo de Encaminhamento

Parau atropelado pelo moto
cl pano expom liga / liga direita
do h-tranck

Medicamento Administrado

Referenciado para: _____

Contra referência

Motivo: _____

Contra referência para: _____

Dra. Kethlyn S. Bianchini
Médico
RUA FD 11515

Assinatura/Carimbo médico



RA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
AO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. MARCOS SURITO
AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1960
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 192522 Atd: Nao Regul
Data: 22/12/2018
Hora: 22:14:34
Repcionista: EWERTON MORAIS DOS S
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Name: CASSIO PRECILIANO DO REGO
CNS: 700003937483806 Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 993599071

Natural: SAPE/PB Data Nasc.: 18/07/1993 Id: 25 ano(s)

End.: SITIO IAGOA DO PADRE, 3

Bairro: ZONA RURAL Cidade: RACHIDIA DO SOCORRO UF :PB

Mae: MARIA LUZINETE DOS SANTOS Pai: MANUEL FLOR DO REGO

R: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AGRICULTOR

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: O MESMO

V/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: UNIDADE DE SAUDE HOSPITAL SA ANDRADE

Meio de transporte utilizado: AMBULANCA

Meio de acidente por: NAO

Meio de violencia por: NAO

Meio Policial

TC: *Cranio*

DATA: *22/12/18*

Hora: *00:00*

ULIA

Classificacao do paciente: NORMAIS

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Sexo: [] Aparentemente Bem [] Grave
TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
IMC: [] Diarreia [] Agitado
Obd: [] Regular [] Chocado
Oxi: [] Vomito
Observacao:
SIC: NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA

Historia - Exame Fisico - Hora do atendimento medico

Paciente corrente, desorientado, fogoal 13, vítima de atropelamento (SIC), com risco de infarto estab. Apresentando 8 espasmos, Abdomen firido e dor abdominal persistente. Diagnóstico: 01 goma de fratura
Diagnóstico: 01 goma de fratura
Prescrição: ① Solicito Rx +
Análise de osso

Prescriçao

Horario da medicacao

*Outro Te de
Cham*

Dr. José Pires Dutra Júnior
MÉDICO
CRM-PB 10650



23rd Mrs A.C. Galt

Die Adressen am anderen

M. D. Oliveira por dec
para o PESPECTIVO (assinatura e carimbo)

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

2

minor Air
937

ASSTAGGES DA ENFERMAGEM

Ofcde | Medicamentos | Dose | Horario | Evaluacion

Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermeira

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO SACIMENTO

[] Residencia [] Identificación [] Resistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Información [] Crítico [] Atestado [] SVO []

~~→ Buone prelezione da Reggio~~

Assinatura do Paciente / Endosso

Assinatura e Carimbo do Medi



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: 14/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CASSIO PRECILIANO DO REGO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00922

CONTA: 000000040518-8

Nr. da Autenticação FF13218002ACA19E



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 14:28:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102314280905900000034230016>
Número do documento: 20102314280905900000034230016

Num. 35841423 - Pág. 4

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento emitido: 2020-10-23
Sua fatura pode ser pagada via se conta.
Número da fatura: 20102314280905900000034230016 N° 003.493.368



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 23 - Cristo Redentor - João Pessoa - PB - CEP 58071-680
CNPJ 23.095.183/0001-40 | Inscrição Estadual 15.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

CASSIO PECILIANO DO REGO
SIT LAGOA DO PADRE S/N
RIACHAO DO POCO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1711588-2

REFERENCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL PAGAR
OUT/2019	29/10/2019	26	05/11/2019	R\$ 16,45

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 31/10/2019				
Pagador: CASSIO PECILIANO DO REGO CNPJ/CPF: 114.287.724-80				
SIT LAGOA DO PADRE S/N - AREA RURAL - RIACHAO DO POCO / PB - CEP 00000-000				
Nossa-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120008095910	001711588201910	05/11/2019	R\$ 16,45	
BENEFICIARIO:ENERGISA PARAIBA 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				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 14:28:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102314280905900000034230016>
Número do documento: 20102314280905900000034230016

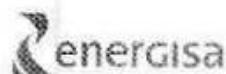
Num. 35841423 - Pág. 5

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é responde via de conta.

Prazo para o seu pagamento da nota fiscal/cupom fiscal é de 06 dias úteis a partir do N° 032.953.601.



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-640
CNPJ 08.095.183/0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-0

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

PREFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

OUT/2019

21/10/2019

214

28/10/2019

R\$ 183,53

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 07097.707173 6 80560000018353

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
31502440007097707	001371069201910	28/10/2019	R\$ 183,53	

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 14:28:09

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102314280905900000034230016>

Número do documento: 20102314280905900000034230016

Num. 35841423 - Pág. 6



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINALASPx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão é regra, 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.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ¹ 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 José Eduardo da Silva
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024.91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Cassio Priciliano da Rego Inscrito (a) no CPF sob o Nº 114.287.724.80
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Cassio Priciliano da Rego
Inscrito (a) no CPF sob o Nº 114.287.724.80, 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 do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Mangabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>	
E-mail:							Tel. (0000):	<u>(83) 9 866 34900</u>

Lugar e Data: João Pessoa - PB 06/11/19

Assinatura do Declarante





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Cassio P. de Rege</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <i>Samy</i>			1º Assistente:	<i>Cassio Rege</i>
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					
<i>Ex-Expo manifestação dos ossos da perna (A)</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					
<i>Limpeza cirúrgica d/IOL de estofado. Debridamento cirúrgico monofilônio de fixação extorção laringe.</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Descriva:		
Biópsia de Congelação:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1() Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DOR sob anestesia e intubada

Incisão:

Amplo abertura do ferimento
debridamento e limpeza medi-

Achados:

Órgão suscituado e
comunicação do foco
putrefato

Conduta:

Ressecção de tecido
debridamento

Montagem de fixador
externo em gesso.

Fechamento:

Fechamento minímo
sem tensão

OBS:

Data: 23/12/18

Dr. Soamy Lima
Ortopedia e Traumatologia
CRM PB 8369 / TEC

MÉDICO/CR





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Cícero do Rego</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>03/01/13</i>	Cirurgião: <i>Dr. Pedro Sozinho</i>	1º Assistente:			
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista: <i>Dr. Davis</i>	Tipo Anestesia:		Horário:	I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Px de onos de junc D</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>utu</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>tho ReS ab f.6.</i>					
CRM: 6207 - MEC/2017 TCE/PB Químico Farmacêutico Industrial Gabinete de Consulta e Exames Clínicos Dr. ANTONIO LIMA Siqueira					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não		Descreva:			
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 14:28:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102314280905900000034230016>
Número do documento: 20102314280905900000034230016

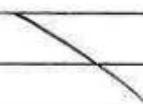
Num. 35841423 - Pág. 10

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

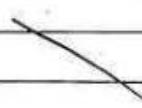
Posição e Preparo:

Pacientes deitado sob sedação

Incisão:

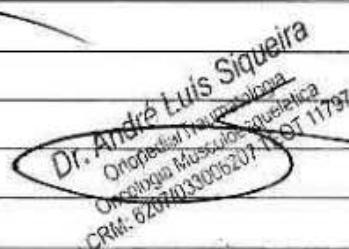


Achados:



Conduta:

Retirada de FG gô articular e
ligamento e a hincapé + gô articular



Fechamento:

OBS:

Data: 03/01/19

MÉDICO/CR

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 14:28:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102314280905900000034230016>
Número do documento: 20102314280905900000034230016

Num. 35841423 - Pág. 11



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Neto Ribeiro da Silva</u> Data da Admissão: <u>22/10/10</u>			
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:
Nome da Mãe:			
Endereço:	Bairro:		
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:
Sexo: F() M()	Cor:	Estado Civil:	Religião:
Escolaridade: _____ Data de Nascimento <u>11/11/11</u>			
QPD: <u>Soube o que era o que é</u>			
HDA: <u>Reagiu bem a drogas de fumo, álcool e cerveja.</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____			
ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume			
AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____			
SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos			
SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____ []Amnésia []Libido []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 []JDM []JTB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taip-
[]Trauma []Neuro []Tabagismo

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Posttrauma _____
[] Alcoolismo _____

Antecedentes Familiares:

RECORDED & INDEXED HAS DM TB NEO

HAS _____ DM _____ TB _____
Dislipidemias

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____
EC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

FC- _____ R _____ M _____
Geral: _____

Cabeca e Pescoco (ORF e Otoscopia):

Gânglios:

Congress. _____

Pele: _____

REV. _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SNL: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

• 100 •

Hipóteses Diagnósticas: la gripe de los chicos

CRM





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: CASSIO PRECILIANO DO REGO				PRONTUÁRIO N°	
IDADE: 25 ANOS	SEXO: MASC	COR:	CÍNICA	ENF.:	LEITO:
DATA DE ADMISSÃO: 22-12-2018			DATA DE ALTA: 11-01-2019		TEMPO DE PERMANÊNCIA
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fratura dos Ossos da Perna</i>				CID: S.82.2	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>O mesmo</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rx demonstrando solução de continuidade óssea em perna</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO DE F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO		<input type="checkbox"/> REMOVIDO	<input type="checkbox"/> A PEDIDO	<input type="checkbox"/> CURADO	<input type="checkbox"/>
ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (História, Evolução, Terapêutica, Complicações)
 Paciente portador(a) de fratura dos ossos da perna, foi submetido(a) a tratamento cirúrgico COM PLACA E PARAFUSOS. Recebe alta em boas condições clínicas e orientações com relação ao uso de medicação antibiótica e analgésica. Retornará ao ambulatório deste serviço para continuidade de tratamento e orientações.

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 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchado" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: cefalexina 500mg, aine e analgesico

RETORNO: Ao posto de saúde em 21 dias.
 Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 7 dias para revisão. Dr.ROBERTO SANTOS

Dr. Felipe Reis





VALIDE TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	4.102.443
DATA EXPEDIÇÃO	27/05/2012
NOME CÁSSIO PRECILIANO DO REGO	
FILIAÇÃO JOÃO FLÔR DO REGO LUZINETE PRECILIANO DOS SANTOS	
NATURALIDADE: SAE-PB	DATA NASCIMENTO: 18/07/1993
OURO CRIGEM NASC.N.1095 FLS.274 LIV.A-01 CARTÓRIO RIACHÃO DO POO-PB CPF 114.287.724-80	<i>[Handwritten signature]</i>
JOÃO PESSOA - PB SUSURUÍRIO - 04-10-01 LEI N° 7.116 DE 29/06/83	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 14:28:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102314280905900000034230016>
Número do documento: 20102314280905900000034230016

Num. 35841423 - Pág. 15

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190626597 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CASSIO PRECILIANO DO REGO **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA Perna DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE PG. 2,7.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190626597 **Cidade:** Sapé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CASSIO PRECILIANO DO REGO **Data do acidente:** 22/12/2018 **Seguradora:** BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA Perna DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE PG. 2,7.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

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



PROCURAÇÃO

Outorgante: Cassio Preciliano do Rego, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão agricultor, residente e domiciliado à Rua Sete de Setembro, nº 5/N, bairro área rural, Município de Riachão do Poço, Estado de(o) PB, Cep. 58328-000, portador(a) do RG nº 100.443, SSP/PB e CPF nº 114.287.724-80

Outorgado: José Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão agricultor, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Enzo Costa Duarte, 157, bairro Mangabeira, Município de São João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep. 58156-384, portador (a) do RG nº 105.4562, SSP/ PB e CPF nº 455.536.021-91

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) Cassio Preciliano do Rego, ocorrido em 22/12/18, 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.

Riachão do Poço, 08 de março de 2019.

X. Cassio Preciliano do Rego.
Outorgante
CPF Nº 114.287.724-80

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



CARTÓRIO DE REG.CIVIL E TABELIONATO
Rua Patrício A. Souza, 18, Riachão do Poço - PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
CASSIO PRECILIANO DO REGO
Doutor Riachão do Poço/PB - 08/03/2019
Tabelião Bel. Azevedo Ferreira Constantino
Selo Digital: AIG93198-PR5P
Consulte a autenticidade em <https://scodigital.tjpj.jus.br>
Emol R\$11,38 Farpen R\$0,27 MP R\$0,18 Fepj R\$1,73



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0390654/19

Vítima: CASSIO PRECILIANO DO REGO

CPF: 114.287.724-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/12/2018

Titular do CPF: CASSIO PRECILIANO DO REGO

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

CASSIO PRECILIANO DO REGO : 114.287.724-80

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: 07/11/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





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, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190626597 Vítima: CASSIO PRECILIANO DO REGO

Data do Acidente: 22/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CASSIO PRECILIANO DO REGO

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 15076927



B322 01883/01884 - carta 01 - INVAN IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 14:28:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102314280905900000034230016>
Número do documento: 20102314280905900000034230016

Núm. 35841423 - Pág. 20



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, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190626597 Vítima: CASSIO PRECILIANO DO REGO

Data do Acidente: 22/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a). CASSIO PRECILIANO DO REGO

informações abaixo:

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%
Márcia Vilela - PESQUISA DÉCIMAS MELHORES UNIVERSIDADES

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **CASSIO PRECILIANO DO REGO**

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000922

Conta: 0000040518-8

Tipo: CONTA POUPANCA

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-DRVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 14:28:09
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102314280905900000034230016>
Número do documento: 20102314280905900000034230016

Núm. 35841423 - Pág. 21



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: 314.287.724-80 4 - Nome completo da vítima: Cassia Prisciliana da Rege

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

5 - Nome completo: Cassia Prisciliana da Rege 6 - CPF: 314.287.724-80
 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:
 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 38700-000
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83)98663-4900

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: 0922

CONTA: 40518

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Name do BANCO: _____

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, 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 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou residuo/janacez? <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 Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	---	--	---	---

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

34
Impossibilidade
de apresentar
o laudo do
Instituto
Médico Legal

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



PIXA ECONOMIA FEDERAL

SAC 0800 726 0101

OUVIDORIA 0800 726 7777

301-847716664-0

28/07/2019

RECEBIMENTO

01:

13.017658-3

DESCRIÇÃO:

SAPE

G. VITELADA: 0922

CONFECÇÃO

PROVANTE DE DEPOSITO DE PRODUTO

0922 013 00040546-8

CASSIO FREC DO RECO

LOR :

10,00

PTR,110 REPLICADO COM SUCESSO. A PAGAMENTO
DO CREDITO NA 084444 DE ATE 30 MINUTOS

301-847716664-0

TA





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
Central Delegacia Geral da Polícia Civil - Setor
de Boletim de Ocorrência



POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA

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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 12675.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e à requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 12675.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:02 horas do dia 01 de novembro 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 Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu Cássio Preciliano do Régo, CPF nº 114.287.724-80, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Agricultor, filho(a) de Luzinete Preciliano dos Santos e Manoel Flôr do Régo, natural de Sapé/PB, nascido(a) em 18/07/1993 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio do Lagoa Od Padre, N° S/N, complemento ZONA RURAL, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Próximo Ao Balneário Água Doce, na cidade de Riachão do Poço/PB, telefone (s) para contato (83) 99346-6144.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Boa Vista, Zona Rural, Próximo a Usina São João, Sapé/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 22/12/18 15:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 22/12/2018, POR VOLTA DAS 15H30MIN, VINHA A PÉ, EM FREnte A ENTRADA DA USINA SÃO JOÃO, PRÓXIMO AO SÍTIO BOA VISTA, NO MUNICÍPIO DE SAPÉ, QUANDO FOI VÍTIMA DE ATROPELADO POR UMA MOTO NÃO IDENTIFICADA, POIS O CONDUTOR, SE EVADIU-SE DO LOCAL DO LOCAL, SENDO SOCORRIDO POR VEÍCULO PARTICULAR PARA O HOSPITAL DR. SÁ ANDRADE, EM SAPÉ, SENDO TRANSFERIDO PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCISIO BURITY, APRESENTANDO TRAUMA EM OSSOS DA Perna DIREITA, ONDE FOI SUBMETIDO A AVALIAÇÃO MEDICA E EXAME DE IMAGEM QUE EVIDENCIOU FRATURA DE OSSOS DA Perna DIREITA. REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DIA 10/01/2019, COM ALTA MEDICA DIA 11/01/2019, DE ACORDO COM A CERTIDÃO DE Nº 0568/2019, ASSINADA PELA MEDICA ROSANGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883.

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

João Pessoa/PB, 01 de novembro de 2019.

GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação



CÁSSIO PRECILIANO DO RÉGO
Noticiante

Procedimento Policial: 12675.01.2019.1.00.401

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: 314.287.724-80 4 - Nome completo da vítima: Cassia Prisciliana da Rege

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

5 - Nome completo: Cassia Prisciliana da Rege 6 - CPF: 314.287.724-80
 7 - Profissão: Ricuso 8 - Endereço: Sitio Jagaõa da Padre 9 - Número: 50
 10 - Complemento:
 11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Riachão do Poço 13 - Estado: PI 14 - CEP: 38700-000
 15 - E-mail: (83)98663-4900

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: 0922

CONTA: 40518

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Name do BANCO: _____

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, 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 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? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou residuo/janacor? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	--	--	---	--	--

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

34
Impossibilidade
de apresentar
laudo do
Instituto
Médico Legal

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



ALIXA LUDWIKOWSKA

SAC 0000 726 0101

卷之三

20/001/2013
13-01765A-3

DEATH DATE: 04-08-1992
DEATH PLACE: SAPE
VICTIM ADA: 0972

UN PROVATE DE D'INDUSTRIE

Digitized by srujanika@gmail.com

BRASIL DO REAIS

10,000

MR. HOPKINS UN SUCCESSO. A PREVISAO DO CREDITO NA CUNHA DE ATE 30 MILHES

2





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

Processo: 08036980320208152001

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 **CASSIO PRECILIANO DO REGO**, 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:

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

Houve o pagamento administrativo no valor de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)

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.

Cumpre ressaltar que o Laudo Pericial de fls. é categórico nos quesitos ao informar a **AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)**.

Logo, resta claro que não há incapacidade permanente.

Isto posto, fica demonstrado que o pleito da parte autora encontra-se descabido, já que a mesma pleiteia indenização por invalidez permanente, sem ter restado inválida, conforme ficou comprovado através da prova pericial.

Pelo exposto, requer que seja acolhida a conclusão pericial e, em consequência, sejam julgados improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 21 de outubro de 2020.

**JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 23/10/2020 14:28:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102314280950900000034230019>
Número do documento: 20102314280950900000034230019

Num. 35841426 - 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 - 23/10/2020 14:28:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20102314280950900000034230019>
Número do documento: 20102314280950900000034230019

Num. 35841426 - Pág. 2