



29/07/2021

Número: **0801586-95.2018.8.15.0331**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Santa Rita**

Última distribuição : **27/04/2018**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA (AUTOR)	JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	
HEUDER ROMERO LIBERALINO DA NOBREGA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
46422 064	29/07/2021 15:05	Petição	Petição
46422 065	29/07/2021 15:05	2714898_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A nexo_02	Outros Documentos
46422 066	29/07/2021 15:05	2714898_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_0 I	Outros Documentos

EM ANEXO





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA
DATA DE NASCIMENTO	14/07/95
NOME DA MÃE	CLEONICE RIBEIRO DE OLIVEIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	998.137
DATA DO ATENDIMENTO	04/05/17
HORA DO ATENDIMENTO	08.57
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FERIMENTO DE FACE
CID 10	S01.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com trauma de face, Abdomen sem queixas, Glasgow 15. Presença de ferimento corto-contuso de dorso nasal.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

TRATAMENTO:

Realizado sutura de ferimento na face.

ALTA HOSPITALAR:	04/05/17
DATA DA EMISSÃO:	21/08/17

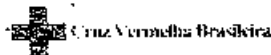
Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



04





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO: 24h - CNES: 123312 - Tel:

Boletim de Atendimento: 988137



Identificação do paciente				
ID: 1167154	Nome: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA	Sexo: Masculino		
Data de nascimento: 14/07/1995	Idade: 21 anos 9 meses 20 dias	Estado civil:	Religião:	Prontuário:
Mãe: CLEONICE RIBEIRO DE OLIVEIRA	Pai: CLAUDIO JOSE OLIVEIRA			
Escolaridade:	Responsável (Parentesco): CICERA ISABELE DE BRITO - ESPOSA(A)			
DDD Móvel: 83	Fone Móvel: 988936185	DDD Fixo:	Fone Fixo:	
Tipo documento:	Número documento:	Nº Cra:		
Local de procedência: TORRE	Tipo: BARRO		UF: PB	
Email:	Naturalidade: JOAO PESSOA	CBO/R:		
Endereço				
CEP: 58303360	Município de residência: SANTA RITA	UF: PB	Logradouro: MONSENHOR S. PIRES FERREIRA	
Número: 140	Complemento:	Bairro: MUNICIPIOS		
Admissão				
Data e Hora: 04/05/2017 08:57:22	Número da pulseira: 1000006088308	Convênio: SUS		
Especialidade: CIRURGIA GERAL	Clínica:			
Classificação de risco:	Origem do paciente: RUA			
Caráter de atendimento:	Motivo do atendimento: ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente: VEICULO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso potencial: Não	Plano de saúde: Não	Veio de ambulância: Não	Trauma: Não	
Meio de transporte: SAMU	Quem transportou:			
Sinais Vitais				
PA: _____ x _____ mmHg	Pulso:	Temperatura:		
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []
ECG []		Ultrasonografia []		
Dados clínicos:				
Diagnóstico:				
Atendido por: PRISCILA JORGE DA SILVA				

Imprimir

16/06

05

04/05/2017 08:5





3:55A - PACIENTE COM FRATURA

ORTOPÉDICA DO BOM PRÍNCIPE
E MÃO ESQUERDA. HÁ EDIFICAÇÃO
LOCAL COM ESCADA GORDA, SEM DETURNO

COMPARTIMENTOS TACION

ao: Solução RAS
Recuperação Após.

Hospitalar 14:00

R: Fratura de Bole de 2ª metacarpal
Fratura de metacarpal lateral de 1ª metacarpal

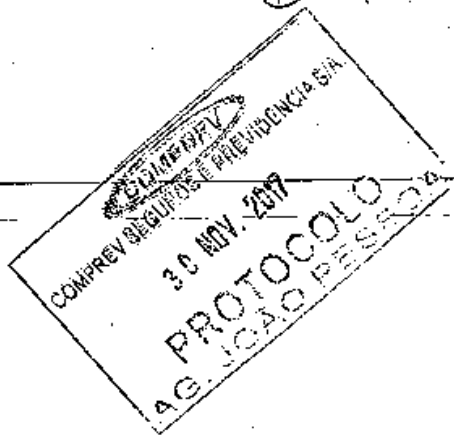
CD = O Enchaço do ombro

SA + 5000 Vt. 4mg

Diphen 01 FA 1AD EV

tilant 01 q V0

Dr. Matheus Enomoto
MÉDICO
CRM 19204





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAIBA

VERMELHA, S/N -
CNES: 6121221 - Tel.:

Paciente MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA		BAE 998137	Data/Hora Entrada 04/05/2017 08:57:22	Data Baixa
Data de nascimento 14/07/1995	Idade 21	Sexo Masculino	CNS	Telefone de Contato (83) 98935165
Mãe CLEONICE RIBEIRO DE OLIVEIRA			Prontuário	
Endereço MONSENHOR S. PIRES FERREIRA, 140		Bairro MUNICÍPIOS	Município SANTA RITA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EMERSON OLIVEIRA DE MEDEIROS		Nº Cons. Regional 4827/PB
Data/Hora Classificação 04/05/2017 08:57:22			Data/Hora Prescrição 04/05/2017 09:15:32	

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COLISÃO COM OUTRA MOTO, RELATO DE DESMAIO, GLASGOW 15 EPISTAXE POR PROVAVEL FRATURA NASAL, EUPNÉICO, AUSCULTA RESPIRATORIA NORMAL, ABDÔME FLÁCIDO, INDOLOR, DB NEGATIVO, PROVAVEL FRATURA EM MIE, ESTAVEL HEMODINAMICAMENTE, ESCORIAÇÕES EM MMSS, CD: SOLICITO PARECER DA NEURO, ORTOPEdia E BUCO-MAXILO-> LIBERADO DA CIRURGIA GERAL (REVALIAÇÃO SE NECESSÁRIO)

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO, ADMINISTRAR 1500,0 ML VIA E.V., CONTINUA, DURANTE 24 HORA(S)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER NEUROCIRURGIA, (OBSERVAÇÕES: DESMAIO)
SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEdia, (OBSERVAÇÕES: TRAUMA EM MÃO E MÍD)
SOLICITAÇÃO DE PARECER BUCOMAXILO, (OBSERVAÇÕES: FRATURA NASAL)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

Conduta

Em observação

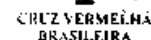
EMERSON OLIVEIRA DE MEDEIROS
(4827/PB)

MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA

Dr. Emerson Medeiros
Urologista / Cir. Geral
CRM-PB: 4827 CREMÉPE 13833

COMPREV
COMPREV SEGUNDA E PREVENÇÃO SIA
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
A.G. JOÃO BESSA





MATHEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA
 DT. NASC.: 14/07/1985
 MAT: CLEONICE RIBEIRO DE OLIVEIRA

END: MONSIEUR S. PIERRE FERREIRA
M: 148 - HUNTC 18108

FORM: ()

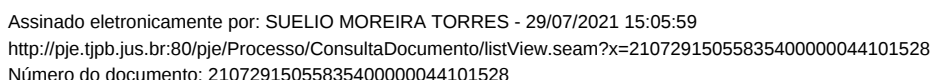
SENDER: 21
DT: 000000



AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE:		IDADE: 21 DT. ENTRADA:		DATA:	
PROCEDÊNCIA:		☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☒ Ambulância SAMU ☐ Polícia			
TIPO DE ACIDENTE:		☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento ☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de Fogo ☐ Arma branca ☐ Outros:			
TIPO DE LESÃO:		☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Esmagamento ☐ Laceração ☐ Queimadura ☐ Mordedura ☐ Objeto encravado ☐ Ferimento contuso ☐ Amputação membro ☐ Outros:			
LOCAL DA LESÃO:		☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros:			
DADOS CLÍNICOS (sintomas)					
DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS:		/ /			
EXAME FÍSICO		PA: / mmHg P: bpm SpO2: Tax:			
Sistema Neurológico:		☒ Consciente ☐ Inconsciente ☒ Orientado ☐ Desorientado			
Nível de Consciência:		Simetria: ☐ Isocóricas ☒ Anisocóricas Tamanho: ☐ Midríase ☐ Miose			
Avaliação das pupilas:					
Sistema Respiratório:		☐ Ventilação invasiva ☒ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas pervias ☐ Traqueostomia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas ☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas			
Sistema Circulatório:		☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☐ Perфуsão tissular satisfatória ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perфуsão tissular comprometida ☐ Palidez ☐ Outros:			
Sistema Digestório:		☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial ☐ HDB ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda Outros: ☐ Rigidez abdominal ☐ Distensão abdominal			
Sistema Genito-urinário:		☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Oligúria ☐ Polúria ☐ SVD ☐ Outros:			
HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO:		☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias ☐ Internações ☐ Outros: Especificar:			
USO DE MEDICAÇÃO?		☐ Sim ☐ Não Especificar:			
HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO:					
IMUNIZADO CONTRA O TÉTANO?		☐ Sim ☐ Não			
OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:		Pelo relato da vítima de acidente, houve fratura de fêmur esquerdo.			
DESTINO:		ENFERMEIRO:		COREN:	

F(NG) ENF.022-1



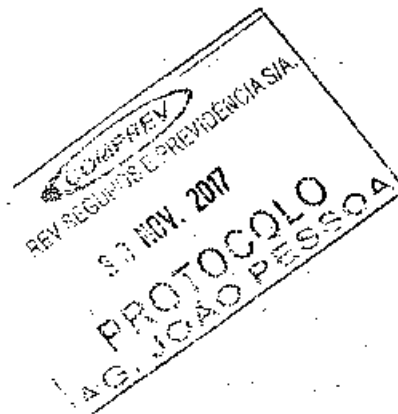


PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTOS PRESCRITOS04 de Maio de 2017

CRM: 4827

Dr. Emerson Medeiros
Urologista | C.R.C. nº 445174 e Carimbo do Profissional
CRM-PB: 4871 CREMEPE: 1363





CERTIDÃO

Nº. 1185/2017

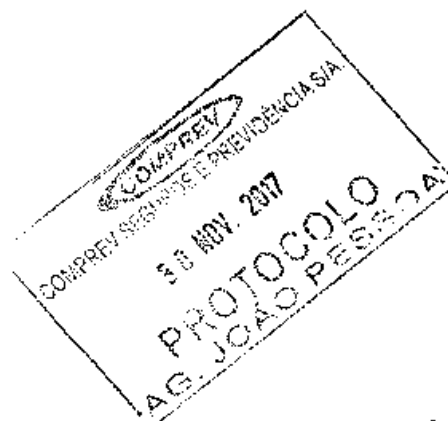
Atendendo solicitação de EVANDRO G. DO NASCIMENTO e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burty, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº 27019 e Prontuário Nº 2017.05.000536 pertencentes a **MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA** que foi atendido dia 04/05/2017 às 18H07min, vítima de colisão moto x moto, apresentando trauma em tornozelo esquerdo.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tornozelo esquerdo. Realizado procedimento cirúrgico dia 09/05/2017 com alta médica dia 12/05/2017.

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

João Pessoa, 28 de agosto de 2017


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGE. CAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () CNPJ:

Ficha Nr: 27019 Atd: Nao Regulac
Data: 04/05/2017
Hora: 18:07:09
Recepcionista: MARJARA DOS SANTOS ARV
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2017.05.000536

CNS: SEM CNS Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988935165

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 14/05/1995 Id: 22 ano(s)

End.: RUA MONSENHOR SOARES PIRES FERREIRA, 140

Bairro: TIBIRI II Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB

Mae: CLEONICE RIBEIRO DE OLIVEIRA

Pai: CLAUDIO JOSE DE OLIVEIRA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: DESEMPREGADO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: ESPOSA/CICERA ISABELE

Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COL.MOTOXMOTO HJ AS 08:00 NA TORRE

Vitima de violencia por: CONDUTOR

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

PC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Quilograma Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispnéia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vômito
Observações: CONPREV SEGUROS E PREVENÇÃO
30 NOV. 2017
PROTOCOLADO
AG. JOAO PESSOA

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente encaminhado do trauma com história de apresentando
fratura de tornozelo e

Diagnostico

Conduta

Fratura de
tornozelo

Prescrição

Horario da medicacao

Solicito avaliação da fratura de tornozelo

Solicito avaliação da fratura de tornozelo e
esquerda.

Dr. Tiago Bruna F. Ribeiro
CRM 10033-PB



مجلسه اول (۱۶) - ۱۷

ex. ① As Barf

Dra. Ingrida L. L. Costa
Cirurgia Geral
CRM-PB 8074

Número do documento: 21072915055835400000044101528



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Matheus R. Oliveira Data da Admissão: 04/05/2017
Prontuário: _____ Idade: 22a Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/1
QPD: Dor + febre + vômito + edema em TVE
HDA: Paciente jovem de acidente de trânsito, apresentando
fratura de fêmur e espinha.
Fract. de TVE e.
Medicações em uso: _____
Interrogatório Sintomatológico:
Gral: [] 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 [] Solução [] 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.

12



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

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

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Rx evidenciando fratur. de t12

Hipóteses Diagnósticas: _____

Fratur. t12 esc.

Conduta: _____

- Internação p/ tto cirúrgico
- av. da angiotensina
- av. da barbitúricos

Dr. Tago Bruno Barbosa
Médico
CRM 108313-PB

R. T. Almeida

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Matheus Ribeiro de Oliveira</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>09/05/17</i>	Cirurgião: <i>Dr. Romulo Soares de Castro</i>			1º Assistente: <i>Dr. Carlos N.</i>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura no tornozelo</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					
<i>Fratura bilateral no tornozelo</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Redução de Fratura Bilateral no tornozelo com fixação</i>					
Dr. Romulo Soares de Castro 033.002833 / CRM-PB 2833 CPF: 181.533.594-68					
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.

35



Posição e Preparo:

Incisão:

Achados

Conducta

Dr. Rômulo Soares de Castro
033.002833 CRM/PE 283
CPF: 181.533.594-52

Fechamento:

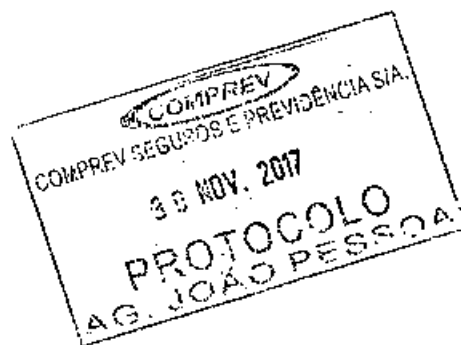
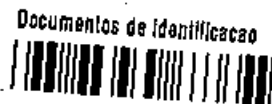
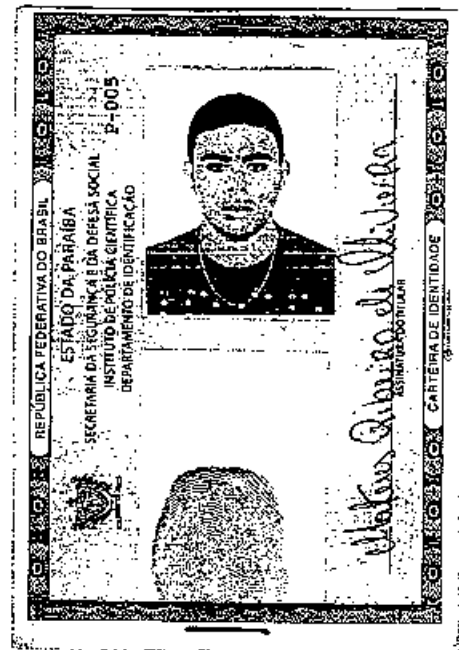
DBS

30 NOV 2017
PROTOCOLLO
ALCANTARA PESTICIDA
Data: _____

MÉDICO/CRM

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

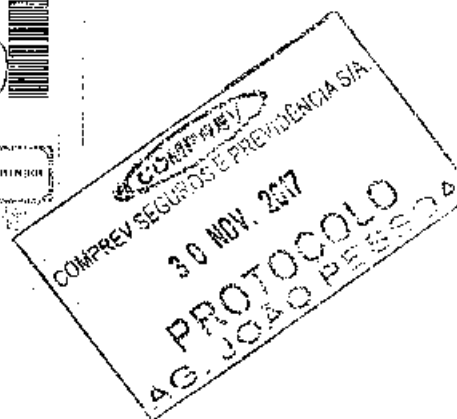
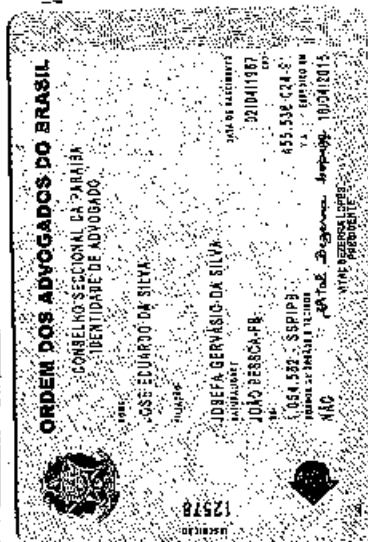




37



Documentos de Identificação



22



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 29/07/2021 15:05:59

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072915055835400000044101528>

Número do documento: 21072915055835400000044101528



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETTRAN - PB		Nº 012974284533	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO		EXERCICIO	
PLACA		42234	
COD RENAVAN		00/00000000	
DATA		22/03/2017	
MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA			
R SEBASTIAO A LUCENA 240			
TIBIRI II			
58300000 SANTA RITA-PB			
12118864418		OFD0123/PB	
NOVO		9C2JED100HR24455	
PAS/MOTOCICLE/NAO APIC		GASOLINA	
HONDA/POP 110I		2017	
2 P/109 /CI		PRETA	
IPVA PAGO EM		00/00/0000	
PARCELAMENTO/COTAS		0	
PRENO TAFACAO IRS		SEGURO	
PRENO TAFACAO IRS		PAGO	
PRENO TAFACAO IRS		21/03/2017	
A.F. ADM. DE CONC NACAO HONDA LTDA			
N. Motor		JB01E0H248487	
SANTA RITA - PB - LOCAL		42234	
DATA		22/03/2017	
7003781			

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETTRAN - PB		Nº 012974284533	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO		EXERCICIO	
PLACA		42234	
COD RENAVAN		00/00000000	
DATA		22/03/2017	
MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA			
R SEBASTIAO A LUCENA 240			
TIBIRI II			
58300000 SANTA RITA-PB			
12118864418		OFD0123/PB	
NOVO		9C2JED100HR24455	
PAS/MOTOCICLE/NAO APIC		GASOLINA	
HONDA/POP 110I		2017	
2 P/109 /CI		PRETA	
IPVA PAGO EM		00/00/0000	
PARCELAMENTO/COTAS		0	
PRENO TAFACAO IRS		SEGURO	
PRENO TAFACAO IRS		PAGO	
PRENO TAFACAO IRS		21/03/2017	
A.F. ADM. DE CONC NACAO HONDA LTDA			
N. Motor		JB01E0H248487	
SANTA RITA - PB - LOCAL		42234	
DATA		22/03/2017	
7003781			

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA

DUT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0463289/17
Vítima: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA
CPF: 121.188.644-18

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 04/05/2017
Titular do CPF: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

Outros



JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA : 121.188.644-18

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/11/2017
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF/CNPJ: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2017
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170643643 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 04/05/2017 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

Procuração



OUTORGANTE:

Mateus Ribeiro de Oliveira
brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão estudante
CI RG nº 4.177.316
CPF/MF nº 121.483.644-18, residente e domiciliado(a) à Rua Moys. Pires Ferreira, 440 - Tibiri
Cidade de Santa Rita Estado Paraíba
CEP: 58303-360 telefone 83-99342-1170, 3512-8500

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

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

Santa Rita, 28 de setembro de 2017

1º OFÍCIO

Mateus Ribeiro de Oliveira

OUTORGANTE

COMPREV
30 NOV. 2017
PROTOCOLO
4.º JOÃO PESSOA





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL: **3140643643** CPF da Vítima: **121.188.644-18** Nome completo da vítima: **Mateus Ribeiro de Oliveira**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: **Mateus Ribeiro de Oliveira** CPF titular da conta: **121.188.644-18** Profissão: **Estudante**
Endereço: **Rua Moura Pereira** Número: **140** Complemento:
Bairro: **Tiburi** Cidade: **Santa Rita** Estado: **PA** CEP: **58303-360**
Email: **valeria.negra.cascaquanti@Hotmail.com** Telefone (DDD): **(83) 99105-5363**

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todas as opções) BANCO: AGÊNCIA: CONTA: (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA: 3348 D/V: (Informar dígito se existir)	CONTA: 4059 D/V: 1 (Informar dígito se existir)	AGÊNCIA: CONTA: (Informar dígito se existir)	

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

Santa Rita 22 de Janeiro de 2018
Local e Data

Mateus Ribeiro de Oliveira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF 001 V001/2017



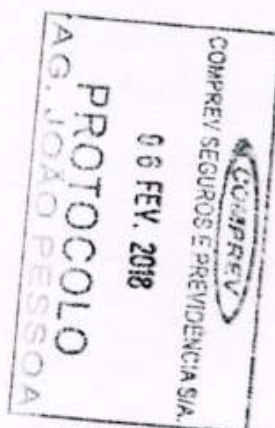
CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 05/02/2018

>>P/ EXTRATO ALEM DO PERIODO INFORMADO, INFORME AS DATA | EXTRATO DE POUPANCA
PAG: 001

AG: 3348 TIBIRI OPER: 013 CONTA: 7.059-1
PERIODO: 01012018 ATE: 05022018 CPF: 121.188.644-18
NOME: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIR VLR.BLQ.JUD. :

DATA MOV	NR.DOC	HISTORICO	TAXA	VALOR	SALDO
02/02/2018	000000	DP DINH AG	0,00000000	5,00 C	5,00 C

F1 AJUDA F4 SALDO EM 02/02/2018 R\$ C
F3 RETORNAR F6 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG.
F8 AVANCAR PAG. F12 FINALIZAR





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASI: 3140643643
CPF da Vítima: 121.188.644-18
Nome completo da vítima: Mateus Ribeiro de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Mateus Ribeiro de Oliveira
CPF titular da conta: 121.188.644-18
Profissão: Estudante
Endereço: Rua Nova Pires Ferreira
Número: 110
Complemento:
Bairro: Tiburi
Cidade: Santa Rita
Estado: PB
CEP: 58303-360
Email: valeria.ribeiro.oliveira@netmail.com
Telefone (DDD): (83) 99105-5363
Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
☐ ATÉ R\$ 1.000,00
☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)
AGÊNCIA (RNC): 3348 D/V: 059
CONTA (RNC): 4059 D/V: 1
Banco: CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
AGÊNCIA (RNC):
D/V:
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Santa Rita 22 de Janeiro de 2018
Local e Data

Mateus Ribeiro de Oliveira
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



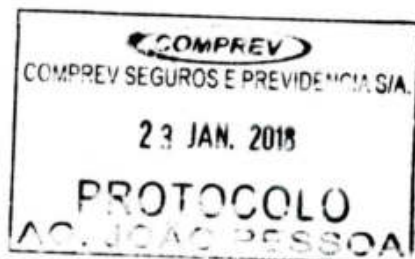
CAIXA ECONOMICA FEDERAL | A470 #20 | AUTO ATENDIMENTO | 19/01/2018

>> NAO HA LANÇAMENTOS PARA O PERIODO | EXTRATO DE POUÇANCA
PAG: 001

AG: 3348 TIBIRI OPER: 013 CONTA: 7.059-1
PERIODO: 01012018 ATE: 19012018 CPF: 121.188.644-18
NOME: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIR VLR.BIQ.JUD. : 0700

DATA MOV NR.DOC HISTORICO T A X A V A L O R S A L D O

SALDO EM 18/01/2018 R\$ 8,00
F1 AJUDA F4 SALDO POR DATA LIMITE F7 VOLTAR PAG.
F3 RETORNAR F6 EXTRATO ANTERIOR F8 AVANCAR PAG. F12 FINALIZAR



Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA**

Nº Sinistro: **3170643643**

Vítima: **MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **04/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170643643**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12080021

Pag. 01047/01048 - carta_01 - INVALIDEZ

00020524



Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA**

Sinistro: **3170643643**

Vítima: **MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA**

Data do Acidente: **04/05/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **JOSE EDUARDO DA SILVA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3170643643** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00587/00588 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 12123837



Rio de Janeiro, 02 de Janeiro de 2018

Carta nº 12177680

A/C: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170643643 ASL-0463289/17
Vitima: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 04/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00863/00864 - carta_25 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2018

Carta nº 12322062

A/C: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170643643 ASL-0463289/17
Vitima: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA
Data Acidente: 04/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: REPROGRAMAÇÃO DE PAGAMENTO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros rejeição da instituição bancária, devido aos dados bancários informados serem inconsistentes. Assim sendo, solicitamos esclarecimentos para regularização do impedimento, sendo necessário apresentação de novo formulário de Autorização de Pagamento preenchido e assinado e comprovante bancário atualizado.

Solicitamos que os documentos e/ou esclarecimentos sejam apresentados à **COMPREV SEGURADORA S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01245/01246 - carta_25 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12425042

A/C: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3170643643
Vitima: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA
Data do Acidente: 04/05/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003348

Conta: 000007059-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01811/01812 - carta_15R - INVALIDEZ

00010906



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3170643643 - 1
Nome do(a) Examinado(a): MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA
Endereço do(a) Examinado(a): R MNS S PIRES FERREIRA nº 140 - MUNICIPIOS - SANTA RITA/PB
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 4177316 - SSP
Data local do exame: 27/12/2017 JOAO PESSOA/PB

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

**FERIMENTO CORTO CONTUSO NO NARIZ E MUCOSA LABIAL SUPERIOR
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO.
FRATURA DO 2º METACARPO ESQUERDO**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

**FERIMENTO CORTO CONTUSO NO NARIZ E MUCOSA LABIAL SUPERIOR TRATADA COM SUTURA LOCAL E QUE EVOLUIU SEM SEQUELAS FUNCIONAIS OU ANATÔMICAS INCAPACITANTES OU DEFINITIVAS DA FACE E DA MÃO DIREITA
FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO TRATADA CIRURGICAMENTE COM REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSOS E FISIOTERAPIA. APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS MALEOLARES BILATERAIS DE 08 E 05 CM . LIMITAÇÃO MODERADA DA FLEXO EXTENSÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, EDEMA .**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DEFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

TORNOZELO ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

NOTA DO REVISOR – APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR -

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - JOAO PESSOA, 27/12/2017

Médico Perito: JOAO FERNANDES DE SOUZA CRM:2732 PB/PB





João Fernandes de Sousa
CRM - PB 7713

Assinatura do perito Examinador - CRM





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Autorização de pagamento



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

121.188.644-18

Nome completo da vítima

Mateus Ribeiro de Oliveira

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Mateus Ribeiro de Oliveira	CPF titular da conta	121.188.644-18	Profissão	estudante
Endereço	Mons. Pinus Ferreira	Número	240	Complemento	
Bairro	Tubirui	Cidade	Santa Rita	Estado	PR
E-mail	ali.seam@necorvaduante@hotmail.com	CEP	58303-360	Telefone (DDD)	83-99342-1170

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADFSCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA D/V CONTA D/V
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO NOME
MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA
AGÊNCIA D/V CONTA D/V
3268 8 54.666
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

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

J. Pessoa 30 de Novembro de 2017
Local e Data

Mateus Ribeiro de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

APPF.001 V001/2017



BANCO DO BRASIL S.A.
29/03/2017 - AUTO-ATENDIMENTO - 15.06.14 /
01268-8977

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 1268-8 CONTA: 54.666-6
CLIENTE: MATEUS R DE OLIVEIRA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
19/05/2017		
Saldo Anterior		
NAO HA LANCAMENTOS		
Juros *		
Data de Debito de Juros	02/10/2017	
IOF *		
Data de Debito de IOF	02/10/2017	
(*) Apurados de acordo com o somatorio dos saldos devedores diários no mes anterior ao debito.		

OBSERVAÇÕES:

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informações.





Boletim de ocorrência



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01787.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01787.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:15 horas do dia 26 de setembro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA**, CPF nº 121.188.644-18, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Auxiliar de Eletricista, filho(a) de Cleonice Ribeiro de Oliveira e Claudio José de Oliveira, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 14/07/1995 (22 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Sebastião Araújo Lucena, Nº 240, bairro Tibiri II, tendo como ponto de referência Material da Construção, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98659-2785.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Sinésio Guimarães X Av. Barão de Mamanguape, Esquina do Bar do Vascaíno, João Pessoa/PB, bairro Torre; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/05/17 08:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

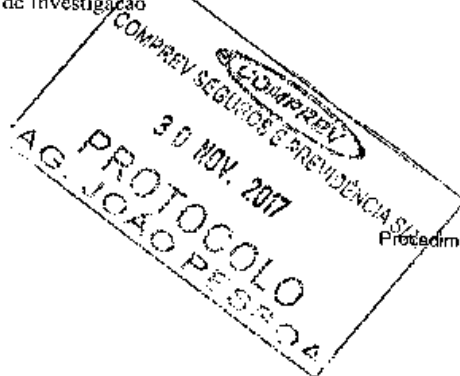
Que conduzia a **MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/POP 110I, COR PRETA, 2017/2017, PLACA QFD0123/PB, CHASSI 9C2JB0100HR248455, REGISTRADA EM NOME DO NOTICIANTE**, pela Av. Sinésio Guimarães quando ao passar pelo cruzamento com a Av. Barão de Mamanguape foi atingido na lateral esquerda por outra **MOTOCICLETA DE MARCA Kawasaki, COR VERDE COM PRETO, placa não identificada**; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme **CERTIDÃO Nº 1185/2017, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 28.08.2017, do Complexo Hospitalar de Mangabeira**; Que foi socorrido pelo SAMU e levado para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, sendo posteriormente transferido para o Complexo Hospitalar de Mangabeira; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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, exceção a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 26 de setembro de 2017.

FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação

MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA
Noticiante



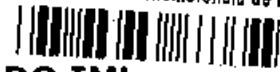
Procedimento Policial: 01787.01.2017.1.00.420

1/1

al



Declaração de Inexistência de IML



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Mateus Ribeiro de Oliveira, portador da carteira de identidade nº 4.177.366 e inscrito no CPF sob o nº 121.188.644-18 residente e domiciliado na Plots. Pius Ferreira, 140 - Taboão, Cidade Santa Rita, Estado Paraná, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

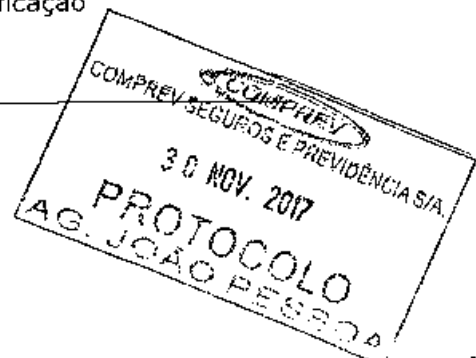
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Mateus Ribeiro de Oliveira

Assinatura do declarante
Conforme documento de identificação

J. Pessoa 30/11/2017
Local e data



03





**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

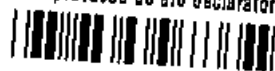
**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME**



**SAMU
192**

REGIONAL JOÃO PESSOA

Comprovação de ato declaratório



DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 711/038, DECLARA para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo 1685887, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA, idade 22 anos, vítima de Acidente de Trânsito (Colisão moto x moto) no dia 04/05/2017, na Rua Sinésio Guimarães, Bairro: Torre - João Pessoa, aproximadamente às 08:15 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

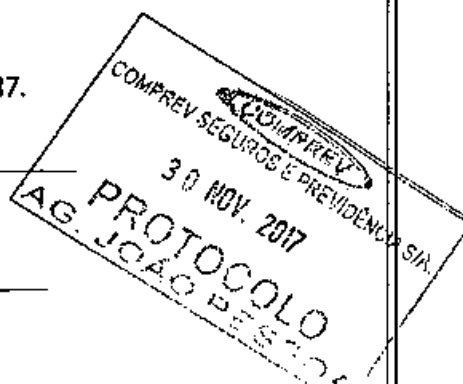
João Pessoa, 21 de Novembro de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto

SAMU 192 JP

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



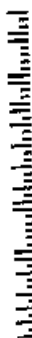
Num. 46422065 - Pág. 36

Comprovante de residência



Fatura Mensal

Número do Cartão: 526965XXXXX3655
Atendimento a Clientes: 4004-9009
Demais Localidades: 0800 940909



OTC RECIFE PE PUF
JOSE EDUARDO DA SILVA
AV MARIA ROSA 58
MANAIRA
58038-460 JOAO PESSOA PB



7211307021 98868 21000044754 30 171017
Vencimento: 28/10/2017 Emissão: 13/10/2017

Demonstrativo do Programa de Pontos Caixa

Saque Disponível 22276
Pontos a Utilizar 1230

Encargos
TAXA 2,00 %
MORA 1,00 %
TOTAL 5,00 %

Vencimento da Fatura 28/10/2017 **Total da fatura** R\$ 50,00 **Pagamen** R\$ 7

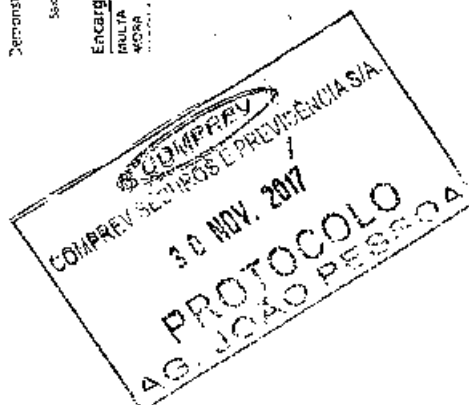
ATENÇÃO: Em caso de pagamento inferior ao valor total, o titular deverá pagar com as taxas e encargos em caso de pagamento mínimo até o vencimento R\$ 5,00
Data prevista para o fechamento da próxima fatura: 13/11/2017

Demonstrativo

Data	Descrição	Cidade/Polis	Valor Original	Valor-USD	Cotação	Crédito/D
13/09	TOTAL DA FATURA ANTERIOR					
28/09	OBRIGADO PELO PAGAMENTO					
	Subtotal Nacional					

JOSE EDUARDO DA SILVA 526965XXXXX3655
Movimentações Nacionais
13/10 ANULADO INEFICIENTE TIT 02/04
Subtotal Nacional

Total Nacional
Total Internacional
Total da Fatura





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?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 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**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² 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 João Romualdo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 466.536.024/91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Matheus Ribeiro de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.188644/18 do sinistro de DPVAT cobertura Incendi da Vítima Matheus Ribeiro de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 121.188644/18, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>Av. Maria Rosa</u>		<u>58</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Maravilha</u>	<u>João Pessoa</u>	<u>PB</u>	<u>58038-460</u>
E-mail		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>joaomarcosilva@dotmail.com</u>		<u>(83) 3517-8500</u>	<u>99342-1170</u>

João Romualdo da Silva 21 de Novembro de 2017
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

DLDR1 001 V001/2017





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE SANTA RITA/PB

Processo n.º 08015869520188150331

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT

S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **MATEUS RIBEIRO DE OLIVEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

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

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

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 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,

SANTA RITA, 27 de julho de 2021.

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 - 29/07/2021 15:05:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21072915055917100000044101529>
Número do documento: 21072915055917100000044101529

Num. 46422066 - Pág. 2