



Número: **0801589-06.2019.8.15.0981**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Mista de Queimadas**

Última distribuição : **13/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
<b>RENAN PEDRO DA SILVA (AUTOR)</b>	<b>INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)</b>
<b>SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
31190 285	02/06/2020 10:31	<a href="#"><u>2723183_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



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

---

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190404284

Vítima: RENAN PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

Senhor(a), RENAN PEDRO DA SILVA

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

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

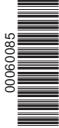
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00169/00170 - carta\_03 - INVALIDEZ



00060085

Carta nº 14515698





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

---

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190404284**

**Vítima: RENAN PEDRO DA SILVA**

**Data do Acidente: 04/08/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), RENAN PEDRO DA SILVA**

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, contatos 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

Pag. 0099901000 - carta\_01 - INVALIDEZ



00020500

Carta nº 14515796





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

---

Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190404284

Vítima: RENAN PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 04/08/2017

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), RENAN PEDRO DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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 orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00339/00340 - carta\_04 - INVALIDEZ



00020170

Carta nº 14592270



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/06/2020 10:31:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060210311196300000029930885>  
Número do documento: 20060210311196300000029930885

Num. 31190285 - Pág. 3

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
0219791/19	7014114 554 11	Renan Pedro de Silve	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Renan Pedro de Silve		CPF: 7014114 554 11
Profissão:	agricultor		Número: 5111 Complemento:
Endereço:	Sítio Umariz		
Bairro:	Zona Rural	Cidade:	Catende
E-mail:			Estado: PB CEP: 58455-000
Tel.(DDD): 8337391205			

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA**

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

**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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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**

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

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

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

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



Local e Data: Campina Grande - PB 08/10/2019

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

*Renan Pedro de Silve*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura



CERTIDÃO Nº. 021/2018

CERTIFICO, em razão do meu Cargo é a requerimento verbal de pessoa interessada que, revendo em Cartório desta Delegacia de Polícia Civil a pasta destinada ao registro de Ocorrências Policiais nº001/2018, verifiquei constar o assentamento da ocorrência policial nº021/2018 cujo teor passa a transcrever na íntegra: "Ao 01 (primeiro) dia do mês de março do ano de dois mil e dezoito, nesta cidade de Caturité, Estado da Paraíba, em Cartório da Delegacia de Polícia Civil, onde presente se encontrava Cláudio Manoel Fernandes Marques, Delegado de Polícia Civil, comigo Escrivão do seu cargo no final assinado, por volta de 10h40min, compareceu: **RENAN PEDRO DA SILVA, NATURAL DE CAMPINA GRANDE – PB, AGRICULTOR, CASADO, COM 22 ANOS DE IDADE, NASCIDO EM 22/11/1996, ALFABETIZADO, RG Nº. 4011056 SSP/PB, FILHO DE JOSÉ DA SILVA E MARIA JOSÉ NASCIMENTO SILVA, RESIDENTE NO SÍTIO CAMPO DE EMAS, ZONA RURAL, CAMPINA GRANDE – PB, PODENDO SER CONTATADO PELO TELEFONE 98791-4673.** Ciente das penalidades impostas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro noticiou que no dia 04/08/2017, por volta das 10h02min, pilotava a **motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESI, 2011/2011, VERMELHA, PLACA OEW2758/PB, CHASSI 9C2KC1670BR626789 registrada em nome de SEVERINO DE SOUSA;** Que transitava por uma estrada de terra no Sítio Umari, indo para o trabalho, quando em uma curva foi abalroado por um automóvel que vinha em sentido contrário; Que não sabe qual veículo o abalroou nem a placa do mesmo; Que populares ligaram para o SAMU e uma ambulância esteve no local e o conduziu para o Hospital de Trauma de Campina Grande-PB. O referido é verdade. Dou fé. Dada e lavrada nesta Cidade de Caturité, Estado da Paraíba, em Cartório da Delegacia de Polícia Civil, ao 01 dia do mês de março do ano de dois mil e dezoito.

Josivane José da Silva

Escrivão de Polícia Civil



Rua João Queiroga, 77, Centro, CEP: 58.455-000 – Telefone (83) 33451004.  
caturite.dspe11@hotmail.com



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
0219791/19	7014114 55411	Renan Pedro de Silve	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	Renan Pedro de Silve		CPF: 7014114 55411
Profissão:	agricultor		Número: 5111 Complemento:
Endereço:	Sítio Umariz		
Bairro:	Zona Rural	Cidade:	Catende
E-mail:			Estado: PB CEP: 58455-000
Tel.(DDD): 8337391205			

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

**RENDIMENTO MENSAL:**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

**DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA**

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Banco do Brasil

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:  CONTA:   
 (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

**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 da indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, 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**

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

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

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

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

Local e Data: *Comunhão Grande - PB 08/10/2019*

Nome: *Renan Pedro de Silve*

CPF: *31.111.111-1111*

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

*Renan Pedro de Silve*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

**TESTEMUNHAS**

1º | Nome: *Renan Pedro de Silve*

CPF: *31.111.111-1111*

Assinatura: *Renan Pedro de Silve*

2º | Nome: *Renan Pedro de Silve*

CPF: *31.111.111-1111*

Assinatura: *Renan Pedro de Silve*

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.  
 NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192

USB-43

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins de comprovação, que **RENAN PEDRO DA SILVA**, 21 anos, RG: 4.011.056 SSDS/PB, CPF: 701.414.554-11, foi atendido pela equipe de socorristas (Enfermeiro, Técnica em Enfermagem e Condutor Socorrista) deste estabelecimento de saúde, vítima de colisão carro/moto no dia 04/08/2017, ID: 1595310 às 10h02min. Realizado atendimento de acordo com Protocolo vigente, e o paciente foi removido para o hospital de trauma de Campina Grande conforme regulação médica.

Por ser verdade, eu data e assino a presente declaração.

Caturité - PB, 16 de Agosto de 2017.

Dr. João Carlos B. Santos  
ENFERMEIRO  
COREN/PB 478203

João Carlos Belo dos Santos  
Enfermeiro – COREN PB 478.203  
Responsável Técnico do SAMU Caturité/PB



Rua Severino Gervásio de Sousa, 15 – Centro

58.455-000 - Caturité/PB

Fone/Fax: (83) 3345-1076 • E-mail: semscaturite@gmail.com





# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundaria-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta da energia elétrica N° 027.265.945



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Insc. Est. 16.015.823-4

## DADOS DO CLIENTE

ALEKSANDRA DE SOUSA SILVA  
SIT UMARI S/N  
CATURITE

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/714044-5

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JUN/2019

28/06/2019

36

05/07/2019

R\$ 33,60

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 02624.912008 03301.144170 6 7941000003360

Pagador: ALEKSANDRA DE SOUSA SILVA CNPJ/CPF: 143.256.334-30

SIT UMARI S/N - ÁREA RURAL - CATURITE / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número 26249120003301144	Nr Documento 000000000201906	Data Vencimento 05/07/2019	Valor do Documento R\$ 33,60	Valor Pago
-----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	---------------------------------	------------

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

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/06/2020 10:31:12

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060210311196300000029930885>

Número do documento: 20060210311196300000029930885

Num. 31190285 - Pág. 9

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Pedro da Silva, RG de nº 13.22.36.38, data de expedição 27/09/2016, Órgão SSP-PB, portador do CPF nº, 066.507.354-26, com domicílio na cidade de Catanduva, no Estado de Pernambuco, onde reside na 1200m Rural Rua/Avenida/Estrada/sítio Sítio Campos de Cima, nº 511, Bairro Campos de Cima, complemento, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Renan Pedro da Silva, cujo o condutor era Renan Pedro da Silva.

Veículo Motocicleta  
Modelo Honda / POP 110 f  
Ano 2016  
Placa GTN 8005  
Chassi 9L2FB01006R212869  
Data do Acidente 04.08.2017  
Local e Data Betim Minas 04.08.17



Assinatura do Declarante ( RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

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

Reconhecimento da firma do declarante  
Bonito da Silva,  
por autenticidade  
Cartório de Registro Civil e Notas  
José Alencar Nunes  
SUELIO MOREIRA TORRES  
José Alencar Nunes  
ESCRIVÃO

09.369.224/0001-40  
Cartório de Registro Civil e Notas  
Rua João Queiroga, 94  
Centro - CEP 58455-000  
CATURITI PB

SELO DIGITAL  
AHC36814-POE



04.07.19

COTWUTT

EU Renan Pedro de SIlva natural de Condeira  
Brasil PB Protetor do RG 4.011.056 e CPE  
701.414.554-3 agricultor casado com 23 anos de  
idade, nascido em 22.11.1996. Filho de ex JOSÉ DOS  
SILVA E MARIA JOSE VASCONCELOSO SILVA MOREIRA  
MORTE. NO 3500 100 MARY. Vendo Peronos informa que  
em 04.02.2017 eu ia trabalhar conduzindo uma  
FAM VERMELHA PLACA PEW.0758. PB #ASSI  
AC 2 YC 1670 BR 626789. Eu nome de SEVERINO  
DE SOUSA. que eu trafegava em uma estrada  
de Terra no sítio 10 MARY quando em uma  
curva fui atingido por um automóvel que  
estava em sentido contrário que não sei qual o  
veículo que estava dirigindo nem placas da mesma  
ou pessoas ligaram para o SAMU e a ambu-  
lância veio com cerca de 10 min. no local. e foi conduzido  
para o HOSPITAL DE TERRA de Condeira grande PB  
o referente veiculo. com Fratura no Peron  
esquerdo e Braço engendro igual foi feita  
uma cirurgia no Peron esquerdo. Vim de o Poder  
o Seguro DIPV Sendo que não tenho ~~meu~~  
contato com o VIGOR PERNAMBUCO que é o  
que estou fazendo isto diligencia.

Renan Pedro de SIlva.



Foto/OMA



04/08/2017

HTCG-Painel Administrativo

**EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO**

Paciente vítima de acidente de amb  
dir d ferimento em ferme é  
As entre Férias e recesso  
apresenta lesão exposta de  
Abulz  
Co: As cl

Dr. Julio Cesar Castro  
Ortopedia e Traumatologia  
CRMPE 9965



DESTINO DO PACIENTE \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ hs \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ hs.

- Centro cirúrgico \_\_\_\_\_  Alta hospitalar /  A revista  
 Internação (sector) \_\_\_\_\_  Decisão Médica  
 Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL \_\_\_\_\_  Óbito

*Maria José Moreira Salles*  
Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

**SERVIÇOS REALIZADOS:**

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

objetoLog/impreurgencia.php?conlar=1480251

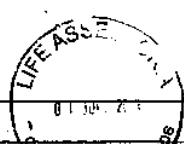
2/2





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Ficha de Acolhimento



Nome: <i>Penem Pidas ola Silva</i>	Bairro: <i>Centro</i>
End: <i>ST Campeão da Emas</i>	Documento de Identificação:
Data de Nascimento: <i>22-11-95</i>	
Queixa: <i>dores metastásicos</i>	Data do Atend.: <i>04.08.17</i> Hora: <i>15:25</i> Documento:
Acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

### Classificação de Risco

Nível de consciência: <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Baixo	Aspecto: <input type="checkbox"/> Calmo <input type="checkbox"/> Fáceis de dor <input type="checkbox"/> Gemente
Frequência respiratória:	Frequência cardíaca:
Pressão arterial:	Temperatura axilar:
Dosagem de HGT:	Mucosas: <input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Pálida
Deambulação: <input type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Maca	

### Estratificação

MOD. 110

*Lirurgia*  
 Vermelho - atendimento imediato  
 Verde - atendimento até 4 horas

Amarelo - atendimento até 1 hora  
 Azul - atendimento ambulatorial

*Suelio Moreira da Silva*  
Assinatura e carimbo do profissional





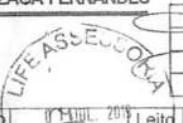
GOVERNO  
DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

### Diagnóstico

#### FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: *Renan Ferreira*

Alojamento: *1º Andar* | Horário: *17/01/2019* | Leito: *1* | Convênio:



Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
1. Pílula Lurc			
2. Jante Salineado			
3. Continente 1500g		12/17h (24)	
4. Thromb 100mg - 100mg			
5. Sfogli 1200mg		24	
6. Infusão 1000ml		24	
7. Dianore 1000ml		24	
8. Omeprazol 10mg		24	
9. Ecce 1000ml		24	
10. Profenac 600mg		23/01/2019 02:09h	MD: Fratura GP desliz. de fíbula
		02:07h	Doente:
			Coxa 2+14+
			Sofrimento, dor, inchaço, função, Bem
			Do: Fratura
			Fratura distal
			Bem adaptado
			dor profunda
			membro estável
			recuperação
			dor de amputação
			cat curativo
			Ecce
			Profenac
			Sfogli

MOD. 035

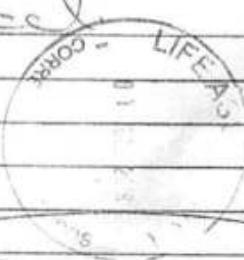


Nome do Paciente <i>COND. L. G. F.</i>		Nº Prontuário
Data da Operação <i>04.08.11</i>	Enf.	Leito
Operador <i>Dr. Luiz Henrique</i>	1º Auxiliar <i>Dr. João Pedro</i>	
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador
Anestesia	Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório <i>Fistula Gástrica de Trânsito</i>		
Tipo de Operação <i>Limpagem e Ressecção</i>		
Diagnóstico Pós-Operatório <i>O mesmo</i>		
Relatório Imediato da Patologia		
Exame Radiológico no Ato		
Acidente Durante a Operação		

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tática e Técnica - Ligaduras - Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspecto Visceras

1. Desespose e Entorse
2. Posição do campo estéril
3. Limpagem e desbridamento
4. Fechamento
5. Cauterização



Mod. 018

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



# NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

## PACIENTE

Ramon Pedro da Silva

QI

LEITE

CONVÉNIO

SUS

IDADE

21

REGISTRO

1480251

## CIRURGIA

Extensão exposta perna (E)

## ANESTESIA

raque

## CIRURGIÃO

Dr. Luiz Gonzaga Fernandes

## INSTRUMENTADORA

DATA  
04-08-17

INÍCIO

15:20

FIM

16h

Qtd.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS			Qtd.	FIOS	CÓDIGO
	Adrenalina amp.	0L	Bolsa Colostoma		Calgut cromado Sertix	1480251
	Atropina amp.		Calef. p/ Oxi.		Calgut cromado Sertix	
	Diclofenac amp.	0L	Compressa Grande		Calgut cromado Sertix	
	Ditrofona amp.		Compressa Pequena		Calgut Simples	
	Dolantina amp.		Cotonoide		Calgut Simples Sertix	
	Efetina ml		Dreno		Calgut Simples Sertix	
	Fenogum amp.		Dreno Kerr nº		Calgut Simples Sertix	
	Fentanyl ml		Dreno Penrose nº		Cera p/ ossos	
	Inova ml		Dreno Paixer nº		Ethibond	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas		Ethibond	
	Mebolabin amp.		Equipo de Sangue		Fio de Algodão Sertix	
	Pavulon amp.		Equipo de PVC		Fio de Algodão Sertix	
	Prothiomine amp.		Espasadrapo Larco cm		Fio de Algodão Sutupak	
	Protóxido l/m		Furacim ml		Fio de Algodão Sutupak	
	Quelicin ml		Gase Pacote c/ 10 unidades	0.5	Fita cardíaca	
	Rapifen amp.		H2O, ml	02	Mononylon 2	
	Trionembutal ml		Intracath Adulto		Mononylon	
	Tracrium amp.		Intracath Infantil		Prolene Sertix	
Qtd.	MEDICAÇÕES	DL	Lâmina de Bisturi nº 23		Prolene Sertix	1480251
	Água Destilada amp.	0L	Lâmina de Bisturi nº 11		Prolene Sertix	
	Cálcyon amp.		Lâmina de Bisturi nº 15		Prolene Sertix	
	Digirona amp.		Luvas 7.0		Vicryl Sertix	
	Flaxidol amp.	03	Luvas 7.5		Vicryl Sertix	
	Flebocortil amp.		Luvas 8.0		Vicryl Sertix	
	Geramicina amp.		Luvas 8.5			
	Glicose amp.		Oxigênio l/m	0.5		
	Lácteo de Cálcio amp.		Poliflux			
	Haemacel ml		PVPi Degemerante ml			
	Heparema ml		PVPi Tópico ml			
	Kanakion amp.		Sabão Antiséptico	0.5	SG Normotérmico fr 500 ml	
	Laxix amp.		Saco coletor		SG Gelado fr 500 ml	
	Medrotinazol		Seringa desc. 10 ml		SG Hipertérmico fr 500 ml	
	Piasil amp.		Seringa desc. 20 ml		SG Ringr fr 500 ml	
	Prolamina	02	Seringa desc. 05 ml	0.6	SG fr 500 ml	
	Revivan amp.		Sonda			
	Stupitanon amp.		Sonda foley			
02	Cefalotina 1g	0.5	Sonda Nasogástrica			
	01 Dimexid		Sonda Uretral nº			
			Sterycrem ml			
			Torreirinha			
Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES		Vaselina ml		SOROS	1480251
02	Aguilha desc. 25 x 7		Gelcon 18			
	Aguilha desc. 28 x 28		Latese			
	Aguilha desc. 3 x 4,5					
01	Aguilha p/ raque nº					
	Alcool de Enfermagem					
	Alcool Iodado ml					
	Ataduras de Crepon					
	Ataduras de Gessada					
	Azul metílico amp.					
	Benzina ml					
EQUIPAMENTOS						
<input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar <input type="checkbox"/> Serra <input type="checkbox"/> Eletrocautério <input type="checkbox"/> Desfibrilador <input type="checkbox"/> Oxicapnógrafo <input type="checkbox"/> Foco Frontal <input checked="" type="checkbox"/> Cardiomonitor <input type="checkbox"/> Fonte de Luz <input type="checkbox"/> Perfurador Elétrico						
CIRCULANTE RESPONSÁVEL						
Operador U.						



## Diagnóstico

## FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

OK

Fr Esp. F. bala

Paciente: 14.0007 Peso: 60

Alojamento:

Leito:

F. I

Convênio:

Data: Prescrição Médica Horário: Evolução Médica

6/10/2020  
1- DIETA LIVRE  
2- 5F-0,9% 1500ML EV/PY-24H  
3- CHINDAMICINA 600MG + AD EV/50H  
4- DIPROROMA 1G-ABD EV/50H  
5- TRAMAL 100MG + 100ML SF EV 80/8H  
6- NAUSEDRON 8mg/ML IFX + ABD EV 8/8H ISN  
7- OMEPRAZOL 40UMG + DILUENTE EV EM JEJUM  
8- CLEXANE 40MG SC ID/0IA  
9- MEDICAÇÕES DE USO CRÔNICO COM O PACIENTE  
10- MUDANÇA DE DECUBITO 2/2H  
11- SSW+CCGG  
12- Cinestho Jx d.2  
13- Cinestho Jx d.2

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

05

DIAGNÓSTICO

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

Paciente: *Adriano Ferreira*

Alojamento: *7* Leito: *1* Convênio: *11 exp. da Pernambuco*

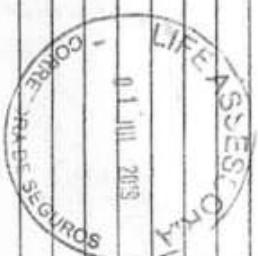
Data	Prescrição Médica	Horário	Evolução Médica
28/07	1. Dieta <i>lívore</i>	16:25	
	2. SRL 1500ml EV/24h	12:18 29/07	<i>Abdome suspenso</i>
	3. Dipirona 02ML+ AD EV 05/05h	12:24	
	4. Tilitil 20mg + AD EV 12/12h	16	
	5. Omeprazol 40mg EV/jejum		
	6. Tramal 100mg + 100ml SF 0,9% EV 8/8h SN		
	7. Nauseofron 01 FA + AD EV 8/8h SN		
	8. Clexane 40mg SC/dia		
	9. SSW + CCGG		

*Adriano Ferreira*

*CO:107*

*Dr. Schubert Costa  
Ortopedista Traumatologista  
Oncologista da Coluna  
GRC-5523*

*Dr. Schubert Costa  
Ortopedista Traumatologista  
Oncologista da Coluna  
GRC-5523*



*01.07.2020*





GOVERNO  
DA PARAÍBA

**SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES**

FOLHA DE TRATAMENTO E EVOLUÇÃO

**Paciente**

Dear Peter

## Alojamiento

1000

## Diagnóstico

first exp. 15 min

Data

3. Photo B

111

# Evolução Médica

2010 RELEASE UNDER E.O. 14176

~~Creel~~

3 - Clindamicina 600mg + ABD IV 6/6 h

(2) 18 24 06

4 - Gentamicina 240mg + S.F. 0,9% 100

W/ (W4)  
14 22 06

6 - Tilatil 20 mg I. V. 12/12 h.

13 25  
14 26

3 3 3 3

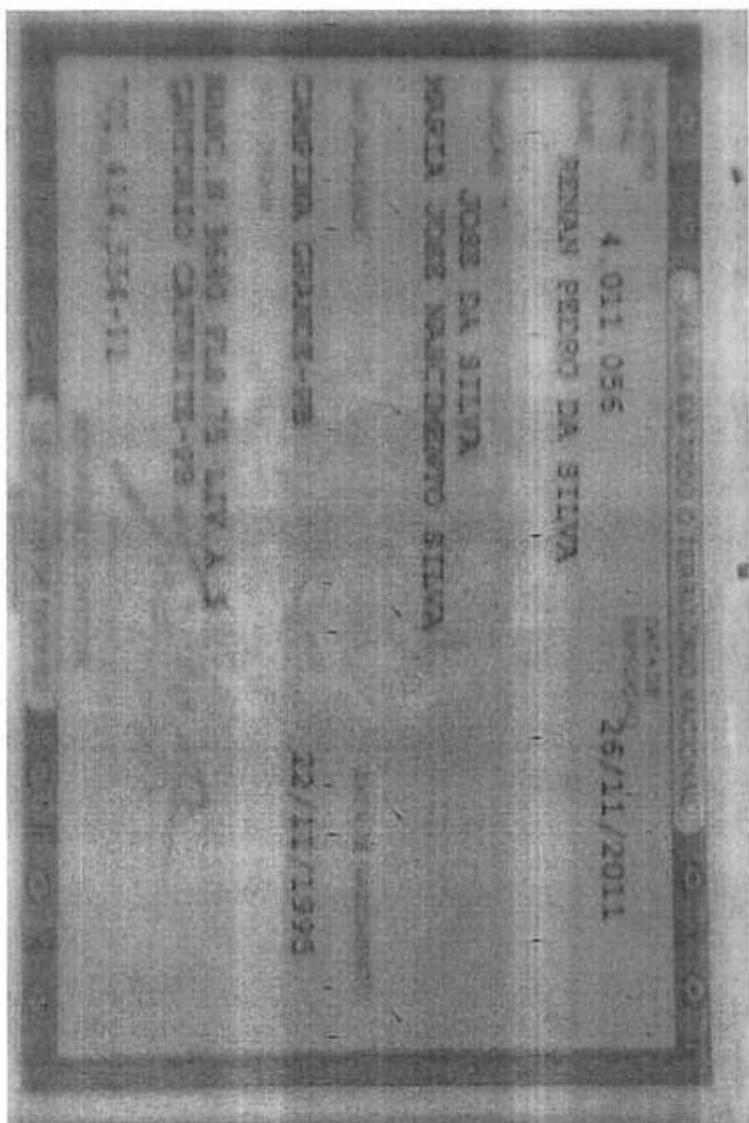
Create

A photograph of a handwritten signature in cursive ink, followed by a rectangular stamp. The stamp contains the text 'LIFE ASSSE' in a bold, sans-serif font, with 'ASSSE' partially obscured by a large, stylized 'O'. Below this, the date '01 JUL 2009' is printed. The stamp is partially covered by a handwritten signature that reads 'Lc. Francisco Reis de Souza' and 'ESTRELA E REIS DE SOUZA'.

MOB 633







ITORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV  
ITORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,  
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:

VALOR R\$ \_\_\_\_\_

O COMPRADOR: \_\_\_\_\_

CPF/CNPJ: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR)

Indicar que tem a obrigação legal de comunicar à DETRAN no prazo máximo de 15 dias, sob pena de ser-se responsabilizar solidariamente pelas penalidades impostas a quem violar a lei e a pena da comunicação (Lei Federal nº 9.503 - Art. 154 - Código de Trânsito do Brasil - CTB).

Quem entregar terá prazo máximo de 30 (trinta) dias, contados da data da aquisição para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, sob pena de incorrer em infração de trânsito (Art. 233 do CTB), inaplicando o reconhecimento de firmas do adquirente e do vendedor, exclusivamente na modalidade AUTENTICIDADE.

IND: \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO COMPRADOR: \_\_\_\_\_

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO(VENDEDOR)  
CONFORME ART. 369 C.P.C.



**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIUDADES**

**DETAN - PB** N° 012650492335  
16650050345

**CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO**

**VIA:** 0108702806-7 **PODIUM NAVAM** **NOTÍCIA:** 00/00000000

**HOME/ENDEREÇO:**  
JOSE CARLOS DA SILVA  
SIT CAMPO DE ENAS SN  
58459000 CATARITÉ-PR

**CPF/CNPJ:** 00650735426 **PLACA:** QEN8005/PB

**NOME ANTERIOR:** NOVA RUMO MOTORES E PEÇAS LTDA

**PLACA ANT:** NOVO/PB **CHASSI:** 962JB0100GR212869

**ESPECIE TIPO:** GAS/MOTOR/CICLE/NAO APPLIC **COMBUSTIVEL:** GASOLINA

**marca/Modelo:** HONDA/POP 110I **ANO FAB:** 2016 **ANO MOD:** 2016

**CAP/PILOT/CA:** 2-B/709/7C1 **CATEGORIA:** PARTIC **COR PREDOMINANTE:** VERMELHA

**OBSERVAÇÕES:** A.F. ADM DE CONO NACION HONDA LTDA

**DOCUMENTO VALIDO SOMENTE PARA TURNO:**  
N.Motor: JE01EDG212880 0

**LOCAL:** CATARITÉ-PB **DATA:** 20/05/2016  
32875 7003781



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/06/2020 10:31:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060210311196300000029930885>  
Número do documento: 20060210311196300000029930885

Num. 31190285 - Pág. 23

CONTRAN		DENATRAN	
<p><b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b>  <b>MÍNISTRO DAS CIDADES</b></p>			
DETAN - PB		Nº. 011545365134	
CUMPRIMENTO DE INSCRIÇÃO DE VEÍCULO		70508160890	
HKT 201501008050225-9		00200800000	
1 0034346812-3		00200800000	
<p><b>SEVERINO DE SOUZA</b>  <b>R. AMELIA PEREIRA MARIA 877 CASA</b>  <b>CENTRO</b>  <b>58440000 QUETIMADAS - PB</b></p>			
38522292434		0042758 / PB	
<p><b>EMERSON PEDRO DE SOUZA</b></p>			
MEMO	PH	M2RCA1670BRE626789	
PAS / MOTOCICLICHO APLIC		ÁLCOOL / GÁSOL	
HONDA / CA 150 FAN ESI		2011 / 2010	
2 97149 / CI	PARTIC	VERMELHA	
<p><b>SEM RESERVA DE DOMÍNIO</b></p>			
N. MOTOR : KC1687H626789		0	
QUETIMADAS - PB		DATA	
32875		26/05/2015	

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATIV.	
AUTORIZADO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN,	
TRANSFERIR O REGISTRO DESTE VEÍCULO, PARA:	
VALOR R\$	
NOME DO COMPRADOR <u>ALBERTO DANTO</u>	
Nº S114	
NO 1231515 OFICINA 1210826411	
ENDERECO: S. FÉLIX COIXA SERRA	
R. LIMA E. R. R. 03 - 09 - 2015	
LOCAL E DATA:	
4. <u>Souzinha</u> 2015	
AUTORIZAÇÃO DO PROPRIETÁRIO (VIDRILHO)	
<p>o O vendedor tem a obrigação legal de comunicar a vinculação do veículo ao DETRAN no ato da matrícula desse veículo, cabendo ao vendedor a responsabilidade por eventual ação judicial contra o comprador (Lei Federal nº 8.934, Art. 154 - Código de Trânsito Brasileiro - CTB).</p> <p>b) O adquirente tem o prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado da data da sua adesão para providenciar a transferência do veículo para o seu nome, por meio de ofício ao DETRAN, por escrito, exclusivamente na modalidade de autenticação e recolhimento de firma de habilitação e do vendedor, exclusivamente na modalidade de acordo.</p>	
RECONHECIMENTO DE FIRMAS DO PROPRIETÁRIO VENDEDOR	
1º OFICIO DE NOTAS E REGISTRO	
<p>Severino Ramos de A. Santos Centro - Aroeiras-PB</p> <p>Rua do Rosário, 48 - Centro - Aroeiras-PB</p> <p>Reconheço como autentica e verdadeira</p>	
<p>at(s) firmada(s) de <u>Severino</u> 11</p> <p><u>S. A. S. A.</u></p> <p>Conforme autografo arquivado neste ofício.</p> <p>Aroeiras, 31/08/2015</p>	
<p>Em testemunho, <u>Severino</u> da verdade.</p> <p><u>Severino</u></p> <p>Centro - Aroeiras-PB</p> <p>Severino Ramos de A. Santos</p>	
<p>510 : SCA 54 918 - P.D.T</p>	



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190404284      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENAN PEDRO DA SILVA      **Data do acidente:** 04/08/2017      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 19/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LIMPEZA E DESBRIDAMENTO. ALTA.  
P 4/5

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**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
			Total	0 %
				R\$ 0,00



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190404284      **Cidade:** Campina Grande      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** RENAN PEDRO DA SILVA      **Data do acidente:** 04/08/2017      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

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

**Data da análise:** 18/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - LIMPEZA E DESBRIDAMENTO. ALTA.  
P 4/5

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**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
			Total	0 %
				R\$ 0,00



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219791/19

**Número do Sinistro:** 3190404284

**Vítima:** RENAN PEDRO DA SILVA

**Data do acidente:** 04/08/2017

**CPF:** 701.414.554-11

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RENAN PEDRO DA SILVA

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração do Proprietário do Veículo

DUT

### 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](http://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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/07/2019  
Nome: RENAN PEDRO DA SILVA  
CPF: 701.414.554-11

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

\_\_\_\_\_  
RENAN PEDRO DA SILVA

\_\_\_\_\_  
SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 02/06/2020 10:31:12  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20060210311196300000029930885>  
Número do documento: 20060210311196300000029930885

Num. 31190285 - Pág. 27

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0219791/19

**Vítima:** RENAN PEDRO DA SILVA

**Data do acidente:** 04/08/2017

**CPF:** 701.414.554-11

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** RENAN PEDRO DA SILVA

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**RENAN PEDRO DA SILVA : 701.414.554-11**

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](http://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.**

**A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.**

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 01/07/2019  
Nome: RENAN PEDRO DA SILVA  
CPF: 701.414.554-11

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/07/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

\_\_\_\_\_  
RENAN PEDRO DA SILVA

\_\_\_\_\_  
SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA

