



Número: **0807195-25.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **04/02/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                                                        |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                         |                   |
|---------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------|
| ELENICE MARIA DA SILVA (AUTOR)                                |                    | JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)<br>ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) |                   |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO<br>DPVAT S.A. (REU) |                    |                                                                       |                   |
| Documentos                                                    |                    |                                                                       |                   |
| Id.                                                           | Data da Assinatura | Documento                                                             | Tipo              |
| 31475<br>495                                                  | 11/06/2020 13:33   | <a href="#">2725744_CONTESTACAO_Anexo_02</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 Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190671081

Vítima: ELENICE MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 14/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELENICE MARIA 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

Carta nº 15179663

Pag. 00557/00558 - carta\_01 - INVALIDEZ





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, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190671081 Vítima: ELENICE MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 14/09/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ELENICE MARIA DA SILVA

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

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Documentação médico-hospitalar</b> | Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue. |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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. 00119/00120 - carta\_03 - INVALIDEZ

00070060



Carta nº 15187677





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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190671081

Vítima: ELENICE MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 14/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ELENICE MARIA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00129/00130 - carta\_02 - INVALIDEZ

00050065



Carta nº 15320811



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2020 13:33:22

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061113332169000000030190519>

Número do documento: 20061113332169000000030190519

Num. 31475495 - Pág. 3



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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190671081

Vítima: ELENICE MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 14/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELENICE MARIA DA SILVA

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

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

Dano Pessoal: Perda 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

Recebedor: ELENICE MARIA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 0000031131-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2020 13:33:22

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061113332169000000030190519>

Número do documento: 20061113332169000000030190519



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 700.487.614-43 4 - Nome completo da vítima: Clemice Maria da Silva

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

5 - Nome completo: Clemice Maria da Silva 6 - CPF: 700.487.614-43

7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Sibiria 9 - Número: 133 10 - Complemento:

11 - Bairro: Industriais 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58083-634

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 986634900

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1033 CONTA: 0034131 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(a) por nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

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

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 02/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019



Glennice Maria da  
Silva

agência - 1033

operações - 013

conta - 6631131-0



**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

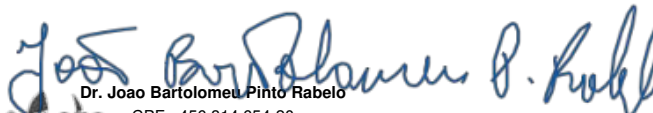
**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190671081  
Nome do(a) Examinado(a): Elenice Maria da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Siberia, 133  
Indústrias Joao Pessoa PB CEP: 58083-634  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PB ] 3737198  
Data local do acidente: [ 14/09/2019 ]  
Data local do exame: [ 13/01/2020 ] Joao Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO, OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS, FEZ VÁRIAS SESSÕES DE FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: NÃO HOUVE COMPLICAÇÕES NESTE CASO.**  
**Data da Alta: 16/12/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO TORNOZELO ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO REFERIDO TORNOZELO.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**APRESENTA LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO ESQUERDO.**  
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. 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"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | ( ) "Sem sequela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |                                                                                                                                                                      |                                                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>TORNOZELO - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo                                        | Região Corporal (Sequela):<br><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo**  
CPF - 456.814.654-20  
CRM/PB - 4518



**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 13277.01.2019.1.00.401**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 13277.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: A(s) 00:36 horas do dia 19 de novembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu Elenice Maria da Silva, RG nº 3737198 SSP/PB, CPF nº 700.487.614-43, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Cabeleireira, filho(a) de Mercia Maria da Silva e Severino João da Silva Filho, natural de Itabaiana/PB, nascido(a) em 30/11/1993 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Avenida Siberia, Nº 133, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98738-3380.

**Dados do(s) Fatos:**

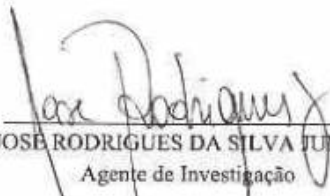
Local: Avenida Cajazeiras, Colegio Anaide Beiris, João Pessoa/PB, bairro Bairro das Indústrias; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 14/09/19 20:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.**

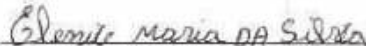
**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NO DIA 14/09/2019, POR VOLTA DAS 20:30, ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA CG DE COR PRETA, ANO 2017/18, PLACA QFR-5593/PB, CHASSI 9C2KC2200JR128231, REGISTRADA EM NOME DE ALISSON FERNANDES ANDRE DA COSTA, A QUAL ESTAVA SENDO GUIADA PELO SENHOR JOSELITO DA TRINDADE SOUZA, PORTADOR DO CPF 062.773.614-90, E INFORMA QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA NA AVENIDA CAJAZEIRAS, MOMENTO EM QUE UMA MOTOCICLETA VEIO NA CONTRA MÃO E PARA NÃO COLIDIR NA MESMA DESVIU, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR; QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SOCORRIDA POR PARTICULARES COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM CID S82.6, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. YURY CORDEIRO.

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

João Pessoa/PB, 19 de novembro de 2019.

  
JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
ELENICE MARIA DA SILVA  
Noticiante

Procedimento Policial: 13277.01.2019.1.00.401





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 700.487.614-43 4 - Nome completo da vítima: Clemice Maria da Silva

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

5 - Nome completo: Clemice Maria da Silva 6 - CPF: 700.487.614-43

7 - Profissão: Recusado 8 - Endereço: R. Sibiryia 9 - Número: 133 10 - Complemento:

11 - Bairro: Industriais 12 - Cidade: João Pessoa 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58083-634

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (83) 986634900

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1033 CONTA: 0034131 AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(s) por nascer? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

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

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB 02/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019



Glennice Maria da  
Silva

agência - 1033

operações - 013

conta - 0031131-0



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

|                        |            |
|------------------------|------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 16/01/2020 |
|------------------------|------------|

|                      |
|----------------------|
| NUMERO DO DOCUMENTO: |
|----------------------|

|              |          |
|--------------|----------|
| VALOR TOTAL: | 1.687,50 |
|--------------|----------|

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

CLIENTE: ELENICE MARIA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000031131-0

---

---

Nr. da Autenticação 7CA3D7478092D5FA





SQ: 010.752.310 25/07/2019 183581  
DESTINATÁRIO



CTC RECIFE PE PL7  
BENEDITO BEZERRA  
R SIBERIA 133 C  
INDUSTRIAS  
58083-634 JOAO PESSOA PB



7213698639685640000018358130250719

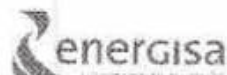


# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem Valor Fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto gerado através do sistema de emissão de boletos padrão Nº 002.953.001



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 08.995.183/0001-40 Insc.Est. 16.214.323-0

## DADOS DO CLIENTE

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

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1371069-4

## REFERÊNCIA

OUT/2019

## APRESENTAÇÃO

21/10/2019

## CONSUMO

214

## VENCIMENTO

28/10/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 183,53

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

|                                                                                             |                 |                 |                    |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL                                  |                 |                 |                    |                    |
| 00190.00009 03150.244006 07097.707173 6 80560000018353                                      |                 |                 |                    |                    |
| Pagador: CELENI DOMINGOS DA SILVA CNPJ/CPF: 282.242.244-04                                  |                 |                 |                    |                    |
| RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 02 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA / PB - CEP 00000-000 |                 |                 |                    |                    |
| Nosso Número                                                                                | Nº Documento    | Data Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago         |
| 31502440007097707                                                                           | 001371069201910 | 28/10/2019      | R\$ 183,53         |                    |
| 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                                             |                 |                 |                    |                    |





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

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

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1556 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/SIBL/OTECWEB/DOCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 COAF.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECESER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu:

Jose Eduardo da Silva

Inscrito (a) no CPF/CNPJ: 455.536.024/91

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Elenice Maria da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 700.487.614/43

do sinistro de DPVAT cobertura

Invalidez

da vítima

Elenice Maria da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 700.487.614/43, 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 de 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:

Rua Agente Fiscal Jose G. Duarte

Número:

157

Complemento:

Bairro:

Marangabeira

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58056-384

E-mail:

Tel (DDD):

(83) 9186634900

Local e Data:

João Pessoa - PB 02/12/19

Assinatura do Declarante

OLDRL001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2020 13:33:22

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2006111333216900000030190519>

Número do documento: 2006111333216900000030190519

Num. 31475495 - Pág. 14



## LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

|                                                                                                                                                                                                    |                                                                                         |                               |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------|
| NOME: <u>ELENICE MARIA DA SILVA</u>                                                                                                                                                                |                                                                                         | PRONTUÁRIO Nº                 |                   |
| IDADE: <u>25</u>                                                                                                                                                                                   | SEXO: <u>FEM</u>                                                                        | ENF: <u>98</u>                | LEITO: <u>424</u> |
| DATA DE ADMISSÃO: <u>14/09/19</u>                                                                                                                                                                  |                                                                                         | DATA DE ALTA: <u>01/10/19</u> |                   |
| DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>PA MÚLTIPLA LATETA</u>                                                                                                                                                     |                                                                                         | CID: <u>S.82.6</u>            |                   |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>O MESMO</u>                                                                                                                                                             |                                                                                         |                               |                   |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS:                                                                                                                                                                               |                                                                                         |                               |                   |
| PRINCIPAIS EXAMES:                                                                                                                                                                                 |                                                                                         |                               |                   |
| EXAMES REALIZADOS:                                                                                                                                                                                 |                                                                                         |                               |                   |
| TERAPIA MEDICAMENTOSA:                                                                                                                                                                             |                                                                                         |                               |                   |
| ANATOMIA PATOLÓGICA:                                                                                                                                                                               |                                                                                         |                               |                   |
| INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                 | COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO |                               |                   |
| RESULTADO BACTERIOLOGIA:                                                                                                                                                                           |                                                                                         |                               |                   |
| CONDIÇÃO DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO |                                                                                         |                               |                   |

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

DOENTE SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO ATRAVÉS DE  
ACÚCULO CIRCULAR - FIXAÇÃO INTERNA COM PLACA E PARAFUSO  
NECESSÁRIA ALTA E BOAS CONDIÇÕES

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: LIQUIDA

REPOUSO: Relativo em casa por 15 dias.  
Retorno às atividades sem esforço físico em 30 dias.  
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavar com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: ALIC 1 A - ANTIBIÓTICO

RETORNO Ao posto de saúde em 07 dias para retirada de pontos.  
Ao Ambulatório do DR. THALES TAMIAS em 30 dias para revisão. 07 dias

01/10/19

DATA

ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar  
para INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO



REFEITORIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA

COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY

PA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

1056-334 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

EX: ( ) - CNPJ:

21/09/2019

Data: 14/09/2019

Hora: 21:24:14

Recepcionista: ANA PAULA ALMEIDA PEREIRA

Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: ELENICE MARIA DA SILVA

Num. Prontuario: 2019.09.001636

Id: 204152531730006 Sexo: F IDENTIDADE: 3737198 Fone: 987823232

Natural: ITABAIANA/PB Data Nasc.: 30/11/1993 Id: 25 ano(s)

End.: RUA SIBERIA, 133

Bairro: INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Mae: MERCIA MARIA DA SILVA

Pai: SEVERINO JOAO DA SILVA FILHO

Cor: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SERVENTE DE LIMPEZA

Estado Civil: CASADO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMARIO COMPLETO

Resp.: ELENICE MARIA DA SILVA

Doc. Responsavel: 987823232 / IDENTIDADE: 3737198

Local de origem: RUA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Local de acidente por: MOTO COM MOTO, PASSAGEIRA, BAIRRO DAS INDUS, AGORA

Local de violência por: NAO

Caso Policial

RE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

A: FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

C: TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

eso: Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

licemia: IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

irc. Abd: O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Exa Principal

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de queda de moto há 40 min. Infante usar capacete, não ferido, trauma abdominal no tórax.

Diagnostico: Escoriações em membros. Dor e edema no tórax.

Prescrição: Dexametasona 8mg. 8. Salicila. Analgésico de tórax, dor, tórax e per.

Horario da medicação

Salicila analgésico ortopédico.



SA.

Parat. nitro de condit.  
de nito

liga nito ar cloro

Car de 1 funt. m. Jangit

Rx: funt. de nito lo loto  
Hb funt. repart. de Jangit

CD: Lo loto nito  
Lofolom 25 VARA - EV.  
819 - 5000 ut - (14)

da e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA

Enfermagem  
Ortopneumologia  
CPL-3355/107-1333

| Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao |
|--------------|------|---------|----------|
|              |      |         |          |
|              |      |         |          |
|              |      |         |          |
|              |      |         |          |
|              |      |         |          |
|              |      |         |          |
|              |      |         |          |
|              |      |         |          |
|              |      |         |          |

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

ESTADO DO PACIENTE

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

Maria Augusta

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Gláucia No. Da Silva Data da Admissão: 14/09/14  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1  
Escolaridade: \_\_\_\_\_

QPD: Do + febre com tiz.

HDA: Receita com febre e fadiga

Signtu

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

### Interrogatório Sintomatológico:

**Geral:** ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ ☐ Prurido ☐ Sudorese  
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: \_\_\_\_\_

**Pele:** \_\_\_\_\_

**Cabeça e Pescoço:** ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe  
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

**AR e ACV:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise  
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:** ☐ Dor \_\_\_\_\_ ☐ Pirose ☐ 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 \_\_\_\_\_ ☐ Ridez pós-reposou ☐ 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, Mangata, João Pessoa - PB.



### Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

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

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

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Banho de Rio [ ] Casa de Taíva [ ] JHTF  
[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo

[ ] Alcoolismo

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

Hipóteses Diagnósticas: fx. exposto de turb.

Conduta: De bloco





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

|                |                 |      |                 |                   |     |
|----------------|-----------------|------|-----------------|-------------------|-----|
| Nome:          | Buenos da Silva |      |                 | Registro:         |     |
| Idade:         | Sexo:           | Cor: | Clínica:        | EMP:              | LR: |
| Data:          | 30/08/18        |      | Cirurgião:      | Dr. Thiago Farias |     |
| 2º Assistente: | R1 R. L. L. L.  |      | 3º Assistente:  | R3 R. L. L. L.    |     |
| Anestesista:   |                 |      | Tipo Anestesia: | Instrumentador:   |     |
|                |                 |      | Horário:        | I:                | T:  |

### DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

Fratura de maxilo lateral (S)

CID

### DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

0 maxilo

CID

### PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

OSTEOSSÍNTESE

CÓDIGO

Acidente durante Ato Cirúrgico ☐ Sim ☒ Não

Descreva:

Riôpsia de Congelação: 1 ( ) S 2 ( ) N

Terapia Intra 3 ( ) Residência 4 ( ) Obito durante o Ato Cirúrgico

Mangabeira II, João Pessoa - PB

# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em Decúbito Dorso sob mesa  
 com o braço em abd. e  
 o membro superior em abd. e  
 posição de campos estereis.

Incisão:

Incisão em T (5).

Achados:

Visualizado fratura comunitária  
 de trabecula lateral

Conduta:

Lmc do foco da fratura  
 posição de placa 1/3 tubular  
 6 furos em posição pos. lateral  
 sob uso de intensificador de imagem  
 posição de 1 parafuso esponjoso  
 para redução da fratura sob  
 uso da escopila.

Fechamento:

Suturas por planos  
 curativo

OBS:

Remoção de gesso em abd.  
 Tala Boto

Data: 30/05/19

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/06/2020 13:33:22  
 http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20061113332169000000030190519  
 Número do documento: 20061113332169000000030190519

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



| VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL |                                                       |
|--------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| REGISTRO GERAL                       | DATA DE EXPEDIÇÃO                                     |
| 3.737.198 - 2 VIA                    | 12/04/2011                                            |
| NOME                                 | ELENICE MARIA DA SILVA                                |
| FILIAÇÃO                             | SEVERINO JOÃO DA SILVA FILHO<br>MÉRCIA MARIA DA SILVA |
| NATURALIDADE                         | DATA DE NASCIMENTO                                    |
| ITABAIANA-PB                         | 30/11/1993                                            |
| DOC. ORDEM                           |                                                       |
| NASC. N. 6834 FLS. 128V LIV. A-18    |                                                       |
| CP. CARTORIO ITABAIANA/PB            |                                                       |
| 700.487.614-43                       |                                                       |
| ASSINATURA DO DETENTOR               |                                                       |
| L. 119 N.º 7.116 DE 29/08/83         |                                                       |





**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETTRAN - PB  
Nº 013930902485  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA COD RENAVAM 2018  
1 01 000000000 2018

NOME  
MATEUS FERNANDES ANDRE DA COSTA

CPF/CNPJ  
76382690004

PLACA ANT/UF  
NOVO PB 9C2R62200JRI28231

ESPECIE TIPO  
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

COMBUSTIVEL  
ALCO/GASOL

MARCA/MODELO  
HONDA/CG 160 FAR

CAP/DT/OL  
2.2/162/CL

ANO FAB  
2017

ANO MOD  
2018

COR PREDOMINANTE  
PRETA

COR PREDOMINANTE  
PRETA

VENÇ COTA UNICA  
1\*

VENÇ COTA UNICA  
2\*

VENÇ COTA UNICA  
3\*

PREMIO TARGARIO (R\$)  
0,00

OF R\$  
0,00

PREMIO TOTAL (R\$)  
0,00

DATA DE PAGAMENTO  
01/01/2018

OBSERVAÇÕES

LOCAL  
TAMBORETES

DATA  
01/01/2018

VALOR  
3,006

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013930902485 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EMPRESSA  
2018 29/05/2018

PLACA  
9C2R62200JRI28231

MARCA/MODELO  
HONDA/CG 160 FAR

ANO FAB  
2017

ANO MOD  
2018

COR PREDOMINANTE  
PRETA

COR PREDOMINANTE  
PRETA

VENÇ COTA UNICA  
1\*

VENÇ COTA UNICA  
2\*

VENÇ COTA UNICA  
3\*

PREMIO TARGARIO (R\$)  
0,00

OF R\$  
0,00

PREMIO TOTAL (R\$)  
0,00

DATA DE OUTAÇÃO  
29/05/2018

PAGAMENTO

COTA UNICA

PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.688/0001-04

0000 4227022 00100025



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190671081 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELENICE MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO TORNOZELO ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO REFERIDO TORNOZELO.

**Resultados terapêuticos:** HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR COM PERDA DE 50% DE MOBILIDADE, EDEMA RESIDUAL, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 13/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

### DANOS

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190671081 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELENICE MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

### PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO TORNOZELO ESQUERDO, EDEMA RESIDUAL, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO REFERIDO TORNOZELO.

**Resultados terapêuticos:** HOUVE CONSOLIDAÇÃO DA FRATURA DO TORNOZELO ESQUERDO, PORÉM RESULTOU EM LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR COM PERDA DE 50% DE MOBILIDADE, EDEMA RESIDUAL, DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO TORNOZELO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 13/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190671081 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELENICE MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 03/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P5,6

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190671081 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ELENICE MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

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

**Data da análise:** 03/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA. P5,6

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

### DANOS

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



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Elémica Maria da Silva, brasileiro(a), estado civil solteira, profissão advogada, residente e domiciliado à Rua Am. Silveira, nº 133, bairro das Indústrias, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58.000-000, portador(a) do Rg nº 3.737.193, SSP/ e CPF nº 700.427.614-43.

**Outorgado:** João Eduardo da Silva, brasileiro(a), estado civil casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agente F. A. Costa Duarte, nº 157, bairro mem. galveia, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 58.000-000, portador(a) do RG nº 10.54.562, SSP/ PB e CPF nº 455.536.024-91.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Elémica Maria da Silva, ocorrido em 14.10.2019, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza Imobiliária.

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

João Pessoa, 19 de novembro de 2019.



Elémica Maria da Silva  
Outorgante  
CPF Nº 455.536.024-91

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0428036/19

**Vítima:** ELENICE MARIA DA SILVA

**CPF:** 700.487.614-43

**Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

**Data do acidente:** 14/09/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** ELENICE MARIA DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

#### JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

#### ELENICE MARIA DA SILVA : 700.487.614-43

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/12/2019  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/12/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

JOSE EDUARDO DA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0428036/19

Número do Sinistro: 3190671081

Vítima: ELENICE MARIA DA SILVA

Data do acidente: 14/09/2019

CPF: 700.487.614-43

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ELENICE MARIA DA SILVA

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

### ATENÇÃO

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

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

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 30/12/2019  
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA  
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/12/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

