



Número: **0801543-20.2019.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Mista de Pombal**

Última distribuição : **31/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 10.462,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
MARIA DE FATIMA SANTOS (AUTOR)		JAQUES RAMOS WANDERLEY (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35205796	07/10/2020 12:08	Petição	Petição
35205797	07/10/2020 12:08	2736234_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
35205798	07/10/2020 12:08	2736234_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





CAGEPA

COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTO DA PARAÍBA
Rua Feliciano Almeida, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 06.123.854/0001-87

PARA CONTATO COM A CAGEPA,
INFORME ESTE NÚMERO
MATRÍCULA

70682232

REFERÊNCIA

NOV/2018

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

JAQUES RAMOS WANDERLEY

RUA BEL FIO DA SILVA ALMEIDA, 219 - ESCRITÓRIO -
PETROPOLIS POMBAI PB 58840-000

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
112.004.115.0005.000	000	0	1	0	0	

Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto
112.004.115.0005.000	23/01/2018	EXT. ACERVO	POTENCIAL	

Anterior	Atual	Consumo (M3)	Tempo de Dias	Próxima Leitura
104	115	11	32	08/12/2018
PRIMEIRO CONSUMO ANTERIOR LEIT. E QUANT. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 M5.				
OUT/2018	9	PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES		
SET/2018	11	TURBIDEZ	46	46
AGO/2018	22	CLORO	46	46
JUL/2018	20	COL. TERNOT	0	0
JUN/2018	11	COR	10	36
MAY/2018	9	COL. TOTAIS	46	46
MEDIA(M)	13	DADOS REFERENTES A SET/2018		

DATA DA IMPRESSÃO: 09/11/2018 HORA DA IMPRESSÃO: 07:30:27

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
COMERCIAL 1 UNIDADE(S)		
A1: 10 M3 - 67,65 POR UNIDADE	10 M3	67,65
ÁGUA DE 10 M3 - R\$ 11,72 POR M3	1 M3	11,72
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRÊS DIAS: R\$ 7,34 DTS E CONTEÚO LET 12.741/12

VENCIMENTO: 23/11/2018	Total a Pagar: R\$ 79,37
------------------------	--------------------------



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

"QUANDO A INFÂNCIA É PERDIDA, NÃO TEM JOGO GANHADO"



CAGEPA

MATRÍCULA	REFERÊNCIA	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
70682232	NOV/2018	23/11/2018	R\$ 79,37

DEBITO AUTOMATICO

18 DEZ. 2018





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JACQUES RAMOS WANDERLEY inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.946.134 / 08 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MANIA DE FATIMA SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.647.054 / 59, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MANIA DE FATIMA SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.647.054 / 59, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 9.599,16 e apresento os documentos comprobatórios:

IMPOSTO SOBRE A RENDA

☐ Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
<u>RUA BEL. FCO. DA SILVA ALMEIDA</u>		<u>219</u>	<u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>RETROPOLIS</u>		<u>PARAIBA</u>	<u>58840-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>JACQUES.ADV@BOL.COM.BR</u>		<u>(83)99974-6322</u>	<u>(83)98148-8766</u>

POMBAI-PB, 10 de DEZEMBRO de 2018
Local e Data

Jacques dos Wanderley
Assinatura do Declarante

18 DEZ. 2018

DLDR.L001 V001/2017



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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?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 COAF¹.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JACQUES RAMOS WANDERCEY

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 032.976.134-08 / na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

MANIA DE FATIMA SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.647.054 / 59

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MANIA DE FATIMA SANTOS

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.647.054-59 / conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: ADVOGADO Renda: 13.717,75 e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA BEL FCO DA SILVA ALMEIDA</u>	Número: <u>219</u>	Complemento: <u>ESCRITÓRIO</u>
Bairro: <u>PETROPOLIS</u>	Cidade: <u>POMBAL</u>	Estado: <u>PARAIBA</u>
E-mail: <u>JACQUES-ADV@BOL.COM.BR</u>	CEP: <u>58.840-000</u>	Tel.(DDD): <u>(83) 9997463 22</u>

Local e Data: POMBAL-PB, 15.07.2019

Jacques Ramos Wandercey

Assinatura do Declarante

16 JUL 2019

DLDR001 V001/2017



MINISTÉRIO DA ECONOMIA

IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA

SECRETARIA ESPECIAL DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL EXERCÍCIO 2019

ANO-CALENDÁRIO 2018

RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELO DESCONTO SIMPLIFICADO
DECLARAÇÃO ORIGINAL

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

CPF do declarante 032.976.134-08	Nome do declarante JAQUES RAMOS WANDERLEY	Telefone (83) 34311825
Endereço RUA TABELIAO JOSE VIEIRA DE QUEIROGA	Número 284	Complemento CASA
Bairro/Distrito PETROPOLIS	GEP 58840-000	Município POMBAL
		UF PB

TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS	(Valores em Reais)
	164.613,84
IMPOSTO DEVIDO	30.229,04
IMPOSTO A RESTITUIR	0,00
SALDO DO IMPOSTO A PAGAR	19.652,12
IMPOSTO A PAGAR GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE	0,00
PARCELAMENTO (Vencimento da 1ª quota em 30/04/2019)	
NÚMERO DE QUOTAS	3
VALOR DA QUOTA	6.617,37

CONFIDENCIAL

Declaração recebida via Internet JV
pelo Agente Receptor SERPRO
em 25/04/2019 às 15:55:26
2505058096

16 JUL 2019

2505058096



Pombal-PB, 24 de OUTUBRO de 2018

DECLARAÇÃO

Eu, Edson Lira do Prado, brasileiro, casado, Coordenador Geral da Base do SAMU da cidade de Pombal, COREN-PB 317.165, venho declarar através deste que no dia 02/09/2018, o SAMU da cidade de Pombal prestou atendimento a cidadã de nome MARIA DE FATIMA SANTOS, nascida no dia 14/03/1979, de RG 2.027.280, de filiação de JOSEFA MARIA DOS SANTOS. Declaro ainda que por equívoco e por a paciente não se encontrar com seus documentos pessoais a equipe do SAMU plantonista no dia supracitado do atendimento, não preencheu de forma adequada os dados do paciente, não preenchendo o campo da ficha que identifica o nome do paciente. A Coordenação procurada pela vítima, admite a falta do preenchimento e declara que realmente prestou atendimento a paciente MARIA DE FATIMA SANTOS onde prestaram atendimento e a conduziram para o HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL: Enfermeira Andressa Ugolino e Condutor José Dimas.

A Coordenação do SAMU de Pombal fica a disposição para esclarecer quaisquer fatos que por ventura apareça em decorrência do preenchimento da ficha e declara veracidade dos fatos.

Atenciosamente,



EDSON LIRA DO PRADO
COORDENADOR GERAL
Matrícula 1476

RUA ANTONIO FERREIRA
Pombal-PB – CEP 58840-000

14 JAN 2019





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
RUA CEL. JOAO LEITE
POMBAL PARAIBA (83)3431-2149

1833
Data/Hora 02/09/2018 23:40:24

Ocorrência: INTERNAMENTO

Servidor do Dr.: 96/43626 (Gente)

Paciente MARIA DE FATIMA SANTOS (construção)

DANIELA - 99930-1200

SOBRIQUA

Idade: 39 Sexo F

Filiação

Pai:

Mãe:

MARIA JOSEFA DOS SANTOS

Endereço

Cidade POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Endereço: PROJETADA

Bairro: JANDUY CARNEIRO

Naturalidade: POMBAL - PB

Fone:

N.: SN

Documentos

CNS: 200-5022-1323-0003

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento 14/03/1979

Cor: PARDA

Estado Civil: N.INF.

Profissão: DO LAR

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Paciente vítima de estupro, veio ao
serviço com incontinência, hipotensão e
com dor femoral importante.

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

AO exame com diminuição do
número de dentes à direita.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

- Tórax instável.

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em, ____/____/____

Recepcionista: BARBARA

14 JAN 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 12:08:13

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100712081354600000033641909

Número do documento: 20100712081354600000033641909

Num. 35205797 - Pág. 6

**SUS**Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

2 - CNES

2592568

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

MARIA DE FATIMA SANTOS

4 - PRONTUÁRIO

33158

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

200-5022-1323-0003

6 - DATA DE NASCIMENTO

14/03/1979

7 - SEXO

F

8 - RACA / COR

PARDA

9 - NOME NA MÃE

MARIA JOSEFA DOS SANTOS

10 - TELEFONE

3431249

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO

PROJETADA

N.: SN

13 - BAIRRO

JANDUY CARNEIRO

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA - 15 UF - 16 CEP - 17 CÓD IBGE

POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com sintoma um gineco de
para fazer, dentro do
a outro.

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de internar

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Exame para

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Tumor testicular

22 - CID 10 PRINC.

C95.8

23 - CID 10 SEC.

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Drenagem de Testículo

26 - COD PROCEDIMENTO

0612040166

27 - CLÍNICA

28 - CARATÉR INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

009.489.854-62

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

32 - DATA SOLIC.

03/09/2018

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MEDICO)

CRIMPA 2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 () ACIDENTE TRÂNSITO

35 () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

36 () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

37 - CNPJ SEGURADORA

40 - CNPJ EMPRESA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - Nº DOCUMENTO (CPF CNPJ) PROFISSIONAL

14 JAN 2019

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

/ /

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL
"SENADOR RUI CARNEIRO"



CENTRO CIRÚRGICO

Nome: Maria de Sílvia dos Santos
Filiação: _____
Sexo: F Idade: _____ Cor: Parda
Procedência: Área Amadora Data 02/09/2018
Intervenção: Drenagem de Tórax
Cirurgião: Dr. Jélio
1º Auxiliar: _____
2º Auxiliar: _____

Anestesista: Dr. Edson
Anestesia: Sedação
Início da Anestesia: 22.53 Término: _____ Duração: _____
Início da Intervenção: 23.00 Término: _____ Duração: _____

Material

Espécie	Quantidade
Midazolam	01
Ketalar	01
Soro fisiológico	03
Suva coléul	02
Alcool a 70%	30ml
PVP1	50ml
Algodão 20 cl agulha	01
Nylon 2.0	01
Lidocaína 2% 20ml	01
Seringa 10 ml	03
" 5ml	01
Tubo p/ dreno H.	01
Quetele nº 4	01
Dreno de tórax nº 36	01
Lâmina de bisturi nº 24	01
Atro p/ina	02
compressa	06
Gaze	05

Manny Oliveira Alves
Enfermeira
COREN-PA: 238.748
Inscrição: 0632.0984

Téc. de Enfermagem

14 JAN 2019



[illegible]



GOVERNO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL SENADOR "RUI CARNEIRO"

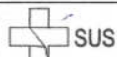


HOSPITAL			
NOME DO PACIENTE		Nº PRONTUÁRIO	
DATA DA OPERAÇÃO		LEITO	
OPERADOR		1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	
3º AUXILIAR		TIPO DE ANESTESIA	
ANESTESISTA			
DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO			
TIPO DE OPERAÇÃO			
DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO			
RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
FOTOGRAFIA RADIOLOGICA NO ATO			
OCCORRÊNCIA DURANTE A OPERAÇÃO			
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA- MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS			
1) Paciente decubito dorsal horizontal;			
2) Antissepsia;			
3) Incisão Intercostal;			
4) Realização drenagem torácica.			

Dr. João Vitorino
CRM - 60.000

14 JAN 2019





ESTADO DA PARAÍBA - SECRETARIA DE SAÚDE
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

CNES: 2592568 CNPJ: 08.778.268/0004-03
NOME: HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO
ENDEREÇO: RUA CEL. JOAO LEITE
CIDADE: POMBAL ESTADO: PARAIBA UF: 25

Paciente: **MARIA DE FATIMA SANTOS**
Mãe: JOSEFA MARIA DOS SANTOS
Nascimento: 14/03/1979 Idade: 39 Cor: BRANCA Sexo: F
Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço: CONJ NOVO HORIZONTE Num.: SN
Bairro: POPULARES Fone:
Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101 Identidade: 2027280
CNS: 200-5022-1323-0003 Reg. Nasc.:
CPF: Recepcionista: SANDRA
Data / Hora: 17/09/2018 13:33:19 N Ficha: 74218 N Prontuario: 30111
Atendimento: FRATURA

SPO: FC: HGT: GESTANTE: SIM () NAO () SEMANAS

PESO: PA: TEMP.: ANAMNESE EXAME FÍSICO (SUMÁRIO)

EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE (TIPOS)

RESULTADOS

MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS

Do Centro das Primárias Apoiada

- ☐ 01 - ELETIVO ☐ 02 - URGÊNCIA ☐ 03 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU A SERVIÇO DA EMPRESA
☐ 04 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO ☐ 05 - OUTRAS LESÕES E ENVENENAMENTO POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS

PROCEDIMENTO Descrição

DIAGNÓSTICO

Fratura proximal CID-10

MEDICAÇÃO	ENCAMINHAMENTO
☐ 1. PRESCRITA	☐ OBSERVAÇÃO
☐ 2. APLICADA	☐ OUTRO HOSPITAL
	☐ RESIDÊNCIA
	☐ ÓBITO
	☐ INTERNAÇÃO
	☐ OUTROS

SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO

1 -																			
2 -																			
3 -																			

Ass. dos Profissionais Assistentes - carimbos

Médico / Crm / Cns

CBO

JOSÉ CASSIMIRO NETO - 7801 - 000-0000-0000-0000

ASS. PACIENTE / ACOMPANHANTE OU REPONSAVEL

Polígrafo Direito

ASS. REVISOR TÉCNICO - carimbo

ASS. REVISOR ADMINISTRATIVO - carimbo

14 JAN 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 12:08:13

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100712081354600000033641909>

Número do documento: 20100712081354600000033641909



GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SAÚDE DA PARAÍBA

Hospital Regional de Pombal Senador "RUI CARNEIRO"

Pombal-PB

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, a pedido do interessado, que

Marcos de Fátima Gomes

Portador do RG _____, foi submetido à

consulta médica nesta data, no horário das _____ horas,

Sendo portador da infecção CID-10 S42.2.

Em decorrência, deverá permanecer afastado de suas atividades laborativas por um período de 60 (sessenta)

dias, a parti desta data.

Pombal-PB, 02 de 09 de 20 18

Assinatura e Carimbo do Médico

[Assinatura]
CR4734801

Eu, _____ autorizo o

Dr. _____, a registrar o diagnóstico

codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do paciente ou Responsável

14 JAN 2019





18 DEZ. 2018



TRABALHADOR

Esta carteira é emitida pelo Ministério do Trabalho e Emprego, no âmbito do Departamento de Trabalho e Previdência Social, e possui validade nacional.

Para ser emitida, o trabalhador deve apresentar todos os dados pessoais e profissionais necessários para a identificação e registro em banco de dados.

Esta carteira é emitida para o trabalhador que possui vínculo empregatício com uma empresa ou pessoa física, e é obrigatória para todos os trabalhadores que exercem atividade remunerada.

Esta carteira é emitida para o trabalhador que possui vínculo empregatício com uma empresa ou pessoa física, e é obrigatória para todos os trabalhadores que exercem atividade remunerada.



MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

200.50221.32-3

9407283

0040

PB

Maria de Fatima Santos




18 DEZ. 2018



MARIA DE FATIMA SANTOS

FILIAÇÃO: JOSEFA MARIA DOS SANTOS

NASCIMENTO: 14/03/1976 SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: POMBAL - PB

DOCUMENTO: C.N. 7529 LVA 00008 FLS 076 - 17/10/2013 - CART REG. CIVIL - POMBAL - PB

LEI Nº 8.048, DE 18 DE MAIO DE 1990

CPF: 040.047.054-59 CNH: ...

TIT. ELEITOR: ... SEÇÃO: ... ZONA: ...

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SITE/PB - 15/12/2014

Rodrigo Romão Costa
Superintendente Regional do Trabalho e Previdência Social

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ALTERAÇÃO	DATA	LOCAL	ASSINATURA	CPF	CPF	CPF	CPF	CPF	CPF
1	15/12/2014	SITE/PB	Rodrigo Romão Costa	040.047.054-59	...	...	...	...	...





18 DEZ. 2018

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	2.428.326 -2 VIA	DATA DE EMISSÃO	01/07/2014
NOME	JAQUES RAMOS WANDERLEY		
FILIAÇÃO	AMINTAS DANTAS WANDERLEY RILVÂNIA RAMOS WANDERLEY		
NATURALIDADE	POMBAL-PB	DATA DE NASCIMENTO	06/05/1980
CCO ORDEM	CASAM N. 10726 FLS. 248 LIV. B-28		
CITY	CARTORIO - POMBAL - PB		
CPF	032.976.134-06		

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 12:08:13



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190043652 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA SANTOS **Data do acidente:** 02/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.
TRAUMA TORÁCICO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM TORÁCICA), DEMAIS LESÃO TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA 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: 3190043652 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DE FATIMA SANTOS **Data do acidente:** 02/09/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO.
TRAUMA TORÁCICO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DRENAGEM TORÁCICA), DEMAIS LESÃO TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA 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





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

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190043652

Vítima: MARIA DE FATIMA SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARIA DE FATIMA SANTOS

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

Autorização de pagamento

Declaração de Inexistência de IML

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. 01827/01828 - carta_03 - INVALIDEZ

00070914



Carta nº 13837868





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

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190043652

Vítima: MARIA DE FATIMA SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DE FATIMA SANTOS

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,

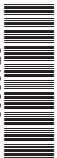
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 13839505

Pag. 01457/01458 - carta_01 - INVALIDEZ

00030729





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

Rio de Janeiro, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190043652

Vítima: MARIA DE FATIMA SANTOS

Data do Acidente: 02/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JAQUES RAMOS WANDERLEY

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA DE FATIMA SANTOS

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. 00925/00926 - carta_04 - INVALIDEZ

00070463



Carta nº 14603443



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: 040.647.054-59 Nome completo da vítima: MARIA DE FATIMA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2011

Nome completo: MARIA DE FATIMA SANTOS CPF: 040.647.054-59

Profissão: DOMESTICA Endereço: RUA NOVO HORIZONTE Número: S/N Complemento: _____

Bairro: NOVO HORIZONTE Cidade: POMBA Estado: PARAIBA CEP: 58.840-000

E-mail: _____ Tel.(DDD): (83) 99974632

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

RENDA MENSAL:
☐ RECURSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 42480-5 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 Líder 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 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Maria de Fatima Santos

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: ANTONIO DANTAS WANDERLEY UNION
CPF: 064.978.664-50

Assinatura Antonio Dantas Wanderley Junior

2ª Nome: CAMILA GOMES DE SOUSA
CPF: 079.703.494-39

Assinatura Camila Gomes de Sousa

(*) 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.

FPS.D01.V001/2018





18 DEZ. 2018



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: 3190043652	CPF da vítima: 040.647.054-59	Nome completo da vítima: MANIA DE FATIMA SANTOS
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: MANIA DE FATIMA SANTOS		CPF: 040.647.054-59
Profissão: AGRICULTORA	Endereço: NOVO HORIZONTE	Número: 517
Bairro: NOVO HORIZONTE	Cidade: BOMBAL	CEP: 58.840-000
E-mail:	Estado: PARAIBA	Tel.(DDD): (83) 999746322

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: **0732** CONTA: **013. 424805**

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

Autorizo a Seguradora Líder 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 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **BOMBAL-PA, 14.07.2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Mania de Fatima Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: **ANTONIO SANTOS WANDLEY JUNIOR**

CPF: **064.978.664-50**

Antonio Santos Wandley Junior

Assinatura

2º Nome: **MAYARA MONIQUE GULINDEA WANDLEY**

CPF: **059.842.774-09**

Mayara Monique Gulindeia Wandley

Assinatura

(*) 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.



DELEGACIA GERAL DE POLÍCIA CIVIL

3ª Superintendência Regional

19ª Delegacia Seccional

1ª Delegacia Distrital de Pombal

Rua Cel. João Carneiro, 288 – centro – Pombal-PB



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 023/2019

Versando sobre: ACIDENTE DE TRANSITO / DPVAT - ADITAMENTO BO Nº 851/2018

Data do fato: 02/09/2018 – por volta das 19:30 horas

Local do ocorrido: BR-230, CIDADE DE POMBAL/PB

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 11/01/2019 – 15:20 Horas

COMUNICANTE: MARIA DE FÁTIMA SANTOS, **Filiação:** JOSEFA MARIA DOS SANTOS e PAI NÃO DECLARADO; **Profissão:** doméstica; **Estado Civil:** solteira; **Naturalidade:** Pombal-PB; **Nacionalidade:** brasileira; **Data de Nascimento:** 14.03.1979; **Endereço Residencial:** Rua Novo Horizonte, S/N, Novo Horizonte, Pombal/PB; //; **Telefone:** ***/Portador de RG nº 2027280 SSP-PB. CPF 040.647.054-59

HISTÓRICO: Que afirma a comunicante que no dia e hora acima informados, trafegava na BR-230, em frente a Loja de Carros Gavel, Pombal-PB; Que ao atravessar a rodovia que corta a cidade, foi atropelada por um veículo carro de passeio; Que populares ligaram para o SAMU, e em seguida saiu do local, não sabendo identificar quem é a pessoa que conduzia o carro que lhe atropelou, nem sabe as características do veículo; Que, fora socorrida pelo SAMU local e levada para o Hospital Regional de Pombal-PB, onde recebeu os primeiros atendimentos; Que sofreu fraturas nas costelas e no braço; Que compareceu nesta Delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

POMBAL, 11/01/2019

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. Clenaldo Queiroz de Meideiros.

O comunicante está cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE: Maria de Fátima Santos

Policial responsável pela lavratura do boletim:


Francisco José S. Lacerda
ESCRIVÃO AD HOC
MAT.: 168.536-8

14 JAN 2019



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: 040.647.054-59 Nome completo da vítima: MARIA DE FATIMA SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2011

Nome completo: MARIA DE FATIMA SANTOS CPF: 040.647.054-59

Profissão: DOMESTICA Endereço: RUA NOVO HORIZONTE Número: S/N Complemento: _____

Bairro: NOVO HORIZONTE Cidade: POMBA Estado: PARAIBA CEP: 58.840-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (83) 99974632

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

RENDA MENSAL:

☐ RECURSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0732 CONTA: 42480-5
(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 Líder 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 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Maria de Fatima Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

José Carlos Santos

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: ANTONIO DANTAS WANDERLEY UNION
CPF: 064.978.664-50

Assinatura de Antonio Dantas Wanderley Union

2ª Nome: CAMILA GOMES DE SOUSA
CPF: 079.703.494-39

Assinatura de Camila Gomes de Sousa

(*) 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.

FPS.001 V001/2018





18 DEZ. 2018



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: 3190043652	CPF da vítima: 040.647.054-59	Nome completo da vítima: MANIA DE FATIMA SANTOS
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: MANIA DE FATIMA SANTOS		CPF: 040.647.054-59
Profissão: AGRICULTORA	Endereço: NOVO HORIZONTE	Número: S/N
Bairro: NOVO HORIZONTE	Cidade: BOMBAL	Estado: PARAIBA
E-mail:	CEP: 58.840-000	Complemento:
	Tel.(DDD): (83) 999746322	

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

DADOS CADASTRAIS:

RENTA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0732** CONTA: **013. 424805**

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

Autorizo a Seguradora Líder 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 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **BOMBAL-PA, 14.07.2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Mania de Fatima Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: **ANTONIO SANTOS WANDLEY JUNIOR**

CPF: **064.978.664-50**

Antonio Santos Wandley Junior

Assinatura

2º Nome: **MAYANA MONIQUE GULINDE A. WANDLEY**

CPF: **059.842.774-09**

Mayana Monique Gulinde A. Wandley

Assinatura

(*) 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.



Pombal-PB, 24 de OUTUBRO de 2018

DECLARAÇÃO

Eu, Edson Lira do Prado, brasileiro, casado, Coordenador Geral da Base do SAMU da cidade de Pombal, COREN-PB 317.165, venho declarar através deste que no dia 02/09/2018, o SAMU da cidade de Pombal prestou atendimento a cidadã de nome MARIA DE FATIMA SANTOS, nascida no dia 14/03/1979, de RG 2.027.280, de filiação de JOSEFA MARIA DOS SANTOS. Declaro ainda que por equívoco e por a paciente não se encontrar com seus documentos pessoais a equipe do SAMU plantonista no dia supracitado do atendimento, não preencheu de forma adequada os dados do paciente, não preenchendo o campo da ficha que identifica o nome do paciente. A Coordenação procurada pela vítima, admite a falta do preenchimento e declara que realmente prestou atendimento a paciente MARIA DE FATIMA SANTOS onde prestaram atendimento e a conduziram para o HOSPITAL REGIONAL DE POMBAL: Enfermeira Andressa Ugulino e Condutor José Dimas.

A Coordenação do SAMU de Pombal fica a disposição para esclarecer quaisquer fatos que por ventura apareça em decorrência do preenchimento da ficha e declara veracidade dos fatos.

Atenciosamente,

18 DEZ. 2018



EDSON LIRA DO PRADO
COORDENADOR GERAL
Matricula 1476

RUA ANTONIO FERREIRA
Pombal-PB – CEP 58840-000





HOSPITAL REGIONAL POMBAL SENADOR RUY CARNEIRO

RUA CEL. JOAO LEITE

POMBAL

PARAIBA

(83)3431-2149

Data/Hora 02/09/2018 23:40:24

Ocorrência: **INTERNAME**

Servidor do Dr.:

Paciente **MARIA DE FATIMA SANTOS**

96/43626 (Genivle)
DANIELA - 99930-1200

SOBRIQUINHA

Idade: 39 Sexo: F

Filiação

Pai:

Mãe: MARIA JOSEFA DOS SANTOS

Endereço

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Endereço: PROJETADA

Bairro: JANDUY CARNEIRO

Naturalidade: POMBAL - PB

Fone:

N: SN

Documentos

CNS: 200-5022-1323-0003

Identidade:

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais

Nascimento: 14/03/1979

Cor: PARDA

Estado Civil: N.INF.

Profissão: DO LAR

Responsável:

ANAMNESE: (História da Moléstia atual, antecedentes pessoais, antecedentes hereditários)

Paciente vítima de estuporamento, veio ao
serviço com insônia, hipotensão e
com dor torácica importante.

18 DEZ. 2018

EXAMES OBJETIVOS: (Inspeção geral, exame da região afetada, exame dos diversos aparelhos)

Ao exame com diminuição do
número ventos à direita.

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

Diagnóstico:

- Tórax instável

Motivo da Alta:

Resultado: () Saiu Curado () Melhorado () Falecido () Transferido Em, ____/____/____

Recepcionista: BARBARA



Num. 35205797 - Pág. 30



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE POMBAL/PB

Processo: 08015432020198150301

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

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPORTADO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.

Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços

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



na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

POMBAL, 5 de outubro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/10/2020 12:08:14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100712081391300000033641910>
Número do documento: 20100712081391300000033641910