



20/08/2020

Número: **0800601-85.2019.8.15.0301**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **08/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 7.762,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSE FERREIRA DOS SANTOS (AUTOR)	THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33439 031	20/08/2020 15:38	<a href="#"><u>2743155_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos



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

---

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190210873**

**Vítima: JOSE FERREIRA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 13/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO**

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

**Senhor(a), JOSE FERREIRA DOS 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14088966

Pag. 00293/00294 - carta\_01 - INVALIDEZ



00030147



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/08/2020 15:38:56  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082015385577800000032002118>  
Número do documento: 20082015385577800000032002118

Num. 33439031 - Pág. 1



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, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190210873 Vítima: JOSE FERREIRA DOS SANTOS

**Data do Acidente: 13/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE FERREIRA DOS SANTOS**

Informamos que o pagamento da indenização

Informamos que o pagamento da indenização o 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: JOSE FERREIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000732

Conta: 000000021717-6

Tipo: **CONTA POUPANCA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

**José Ferreira dos Santos**

CPF: 632-356-674-91

Profissão:

**AGRICULTOR**

Endereço:

**Rua Jansen Nobreza Araújo**

Número: 510

Complemento: CASA

Bairro:

**Uipa Nova**

Cidade:

**TOMBAL**

Estado:

**PB**

CEP: 55640-000

E-mail:

**XTHYAGO.CARNEIRO@HOTMAIL.COM**

CEP: (63) 3350-7071

Declaro, para todos os fins de direito, renunciar à ordem de comparecimento (ANEXAR COPIA).

#### RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                               |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

CONTA CORRENTE (Somente para contas correntes):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: **0732**

CONTA: **00021317**

**6**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização referente ao acidente a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação da indenização, a sua assinatura.

### 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 laudo de periciamento médico para comprovação da permanência de invalidez permanente 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, em face da ausência de laudos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme art. 6º 64/74, art. 3º 51º destrancado desta sua legislação, e que a Seguradora Lider responda ao mérito de contestação, caso houver, de forma integral, alegando:

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

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou hereditário (se faleceu):  Sim  Não Vítima deixou hereditário (se faleceu):  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso seja da minha morte, a indenização do Seguro DPVAT pelo motivo acima, e que, nesse caso, parto as testemunhas e renúncia responsabilidade criminal por infração do artigo 318º do Código Penal.

Local e Data: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

20 MAR 2019

(\* ) Assinatura de quem assina ABAIXO:  
  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)  
  
Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, mais idônea para prestar testemunho, e que esteja de acordo com a sua vontade, para que seja feita a declaração. NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDENCIA DE TODOS.

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/08/2020 15:38:56  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082015385577800000032002118  
Número do documento: 20082015385577800000032002118

Num. 33439031 - Pág. 3



20 MAR 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/08/2020 15:38:56  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082015385577800000032002118>  
Número do documento: 20082015385577800000032002118

Num. 33439031 - Pág. 4

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 138/2019

Versando sobre: ACIDENTE DE TRÂNSITO /DPVAT

Data do fato: 13/12/2018 – por volta de 16:00 horas

Local do ocorrido: Bairro Vida Nova, próximo ao CEMAR de POMBAL-PB

Data e hora em que a Delegacia tomou conhecimento: 01/03/2019 – 15:10 Horas

**COMUNICANTE:** JOSÉ FERREIRA DOS SANTOS - Filiação: pai não declarado e JOAQUINA SOARES DOS SANTOS; Profissão: AGRICULTOR; Estado Civil: casado; Naturalidade: Condado-PB; Nacionalidade: bras.; Data de Nascimento: 17/04/1951; Endereço Residencial: Rua Jansen Nobrega Araujo, s/n, Vida Nova, Pombal-PB; //; Telefone: 83 999113732/ Portador de RG nº 1.245.750 SSP-PB// CPF: 632.386.674-91.

**HISTÓRICO:** Que afirma o comunicante que no dia e hora acima informados, conduzia o veículo MOTOCICLETA HONDA NXR 160 BROS ESDD / 2015 COR VERMELHA - PLACA QFH 6107/PB, CHASSI: 9C2KD0810FR461008, licenciada em nome do comunicante; Que quando trafegava na proximidade do CEMAR, no Bairro Vida Nova, em Pombal-PB, foi abalroado por um automóvel, vinda cair e sobre o mesmo caiu a motocicleta, provocando uma fratura no seu tornozelo esquerdo; Que não foi possível identificar o automóvel que provocou o acidente, pois o mesmo evadiu-se imediatamente após a colisão. Que foi socorrido para o Hospital Regional de Pombal-PB, pelo Corpo de Bombeiro, onde ficou internado e se submeteu a cirurgia ortopédica no próprio Hospital Regional de Pombal-PB ; Que tem conhecimento do fato a pessoa de JOSÉ FABIO ALMEIDA DOS SANTOS, RG 1550407 SSP PB, RESIDENTE A Rua José de Almeida Filho, 250, Vida Nova Pombal-PB . Que compareceu nesta Delegacia de Polícia, para registrar o fato, para fins de direito.

Pombal – PB, 08 de fevereiro de 2019.

AUTORIDADE POLICIAL: Del. Pol. JOSÉ AROLDO ASSIS DE QUEIROGA.

**OBS:** O comunicante está cienteificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE: José Ferreira dos Santos

Test. José Fabio Almeida dos Santos

Policial responsável pela lavratura do boletim:

  
Manoel de Sousa Lacerda  
Agente de Polícia Civil  
Mat. 168345-4

20 MAR 2019

CONTATO: RUA CEL. JOÃO CARNEIRO, Nº 268 - CENTRO – POMBAL-PB – CEP 58.840-000 / TEL.: 83 34312206



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima

Nome completo da vítima

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

Nome completo:

José Ferreira dos Santos

CPF: 632-356-674-91

Profissão:

AGRICULTOR

Endereço:

RHA JANSEN NOBRELLA ARAUJO

Número: 510

Complemento: CASA

Bairro:

VIDA NOVA

Cidade:

TOMBAL

Estado:

PB

55640-000

E-mail:

XTHYAGO.CARNEIRO@HOTMAIL.COM

(63) 3350-7071

Declaro, para todos os fins de direito, renunciar à ordem de comparecimento (ANEXAR COPIA).

RENDA MENSAL:

 RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 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 (Somente para contas correntes):

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA:

0732

CONTA: 00021317

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização referente ao acidente a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação da indenização, a sua liberdade de ação.

### 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 laudo de pericia médica que comprove a permanência de invalidez permanente 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, em face da ausência de laudos permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme art. 6º 64/74, art. 3º 51º destrancado desta sua espécie, e que a Seguradora Lider responda ao meu pedido de indenização.

### 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

não filhos (se houver):

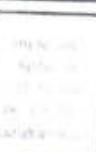
 Sim  Não

Vítima deixou

filhos (se houver):

 Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso seja da minha morte, a indenização do Seguro DPVAT pelo morte seguido, e não, se for o caso, partindo de testemunhas e provas de responsabilidade criminal por infração do artigo 318º do Código Penal.



Local e Data,

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS:

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

20 MAR 2019

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, mais idosa, para preencher a declaração de que não possui testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a que seu nome seja divulgado no documento, anexado ao preenchimento da declaração.





20 MAR 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/08/2020 15:38:56  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082015385577800000032002118>  
Número do documento: 20082015385577800000032002118

Num. 33439031 - Pág. 7



CORPO DE BOMBEIROS MILITAR  
3º COMANDO REGIONAL BOMBEIROS MILITAR  
6º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR  
2ª COMPANHIA DE BOMBEIRO MILITAR  
GABINETE DO COMANDANTE  
BM - 3

XISTO  
Jerson Caldas da Cruz.  
Cap QOBM  
Comandante 527.414-1/6ºBBM  
Matr. 527.414-1

**CERTIDÃO COMPROBATÓRIA – Nº 011/2019**

Certificamos para os fins a que se destina, que aproximadamente às 16h45min do dia 13 de dezembro do ano de 2018, a guarnição de Auto Resgate desta Unidade do Corpo de Bombeiros Militar deslocou-se para atender uma ocorrência do tipo: colisão carro x moto, ocorrida na Rua Cromácia Wanderley, próximo ao CEMAR, bairro Vida Nova, Pombal-PB.

**MOVIMENTO DO SOCORRO:** Hora do aviso: 16h45min#####

**RELATO DO EVENTO:** Chegando ao local solicitado, a Guarnição de Resgate do Corpo de Bombeiros Militar encontrou a vítima, senhor **JOSE FERREIRA DOS SANTOS**, consciente e orientado, sem capacete, apresentando aparente fratura fechada de fibula e tornozelo. No local não foram encontradas nem a moto, nem o capacete da vítima. Foram realizados os procedimentos de atendimento pré-hospitalar e a vítima foi conduzido ao Hospital Regional de Pombal.

**VITIMAS FATAIS: NÃO HOUVE#####**

**SOCORRISTAS:** CB BM MATR. 527.414-1 MARCELA FLORÊNCIO DO ORIENTE  
SD BM MATR. 525.989-4 NIELITON OLIVEIRA CALADO  
SD BM MATR. 526.097-3 HARYSON SOUZA SANTOS

**SOLICITANTE DA CERTIDÃO:** JOSÉ FERREIRA DOS SANTOS RG: 1.247.750

Pombal, 19 de março de 2019.

Gustavo Gouveia F.L.  
2º Ten. BM  
527.449-4

**GUSTAVO GOUEVIA FREIRE LUCENA – 2º TEN QOBM**  
Chefe da B/3 da 2ªCBM/6ºBBM

20 MAR 2019



Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - 3º Comando Regional - 6º Batalhão - 2ª Companhia  
Rua Antônio Ferreira, S/N, Centro, 58840-000 - Pombal-PB  
Fone: (83) 3431-3548 - email: bombeiros.pombal@gmail.com



# 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: 29/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOSE FERREIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00732

CONTA: 000000021717-6

---

Nr. da Autenticação 7C59EDB12D189EF2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/08/2020 15:38:56  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082015385577800000032002118>  
Número do documento: 20082015385577800000032002118

Num. 33439031 - Pág. 9



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Reserve para sempre sua fatura na internet ou no aplicativo com N° 019.914.968

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 232, Km 25 - Crisópolis Redentor - João Pessoa / PB - CEP 50071-490  
CNPJ 09.095.183/0001-42 - Insc. Est. 16.015.823-6

## DADOS DO CLIENTE

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO  
RUA CEL. JOAQUIM CARNEIRO SRN 1 AND  
POMBAL

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1106327-8

### REFERÊNCIA

FEV/2019

### APRESENTAÇÃO

08/02/2019

### CONSUMO

218

### VENCIMENTO

15/02/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 199,92

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



THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Rotelro: 06-227-060-6100

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/02/2019

### VENCIMENTO

### TOTAL A PAGAR

### MATRÍCULA

15/02/2019

R\$ 199,92

1106327-2019-02-2

20 MAR 2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/08/2020 15:38:56

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082015385577800000032002118>

Número do documento: 20082015385577800000032002118

Num. 33439031 - Pág. 11



## 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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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>2</sup>.

<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, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Thiago Clayton Soárez Carneiro

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 057.614.794 / 00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jaci Ferreira dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 632.386.634 / 91,

do sinistro de DPVAT cobertura \_\_\_\_\_ da Vítima Jaci Ferreira dos Santos,

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 632.386.634 / 91, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço:	<u>Rua Carmel Januá Carneiro</u>	Número:	<u>518</u>	Complemento:	<u>1º ANDAR</u>
Bairro:	<u>Centro</u>	Cidade:	<u>Pombal</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>XTHYAGOCAFNEIPOX@HOTMAIL.COM</u>	CEP:	<u>53340-000</u>	Tel.(DDD):	<u>(53) 3966-7071</u>

Local e Data: Pombal, 26 de Fevereiro de 2019.

Thiago Clayton Soárez Carneiro

Assinatura do Declarante

20 MAR 2019

DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 20/08/2020 15:38:56  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082015385577800000032002118>  
Número do documento: 20082015385577800000032002118

Num. 33439031 - Pág. 12

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Ferreira dos Santos,

RG nº 1.245.750, data de expedição 03/12/14,

Órgão SSS/PB, portador do CPF nº 632.386.674-91, com domicílio na cidade de Pombal, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua Joaquim Nabuco Araújo, nº 512,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima José Ferreira dos Santos, cujo o condutor era José Ferreira dos Santos.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA NXR 160 Bros ES/SD

Ano: 2015

Placa: QFH 6107 / PB

Chassi: 9C2KD0FR461008

Data do Acidente: 13/12/2018

Local e Data: Pombal, 01 de Março de 2019



José Ferreira dos Santos

Assinatura do Declarante



José Ferreira dos Santos

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

CARTÓRIO "CEL JOÃO QUEIROGA" 1º OFÍCIO

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JOSE FERREIRA  
DOS SANTOS. EM TEST. DA VERDADE, DOU FE.  
POMBAL-PB, 25/02/2019.

MARIA SELMA DO NASCIMENTO VIRGOLINO E SILVA  
Selo Digital de Fiscalização - tipo Normal B-AE11029-IJRA  
Confira os dados de ato em <https://selodigital.tjpb.jus.br>  
EMOLUM: R\$ 11,88 FARPE: R\$ 0,29 FEPJ: R\$ 0,00

Cel. João Queiroga  
1º Ofício de Notas e Registros e Intícios  
CNPJ: 09.205.816/0001-26  
Telefone: (83) 3431-2176 - Pombal-PB

20 MAR 2019





CORPO DE BOMBEIROS MILITAR  
3º COMANDO REGIONAL BOMBEIROS MILITAR  
6º BATALHÃO DE BOMBEIRO MILITAR  
2ª COMPANHIA DE BOMBEIRO MILITAR  
GABINETE DO COMANDANTE  
BM - 3

XISTO  
Jerson Caldas da Cruz.  
Cap QOBM  
Comandante 527.414-1/6ºBBM  
Matr. 527.414-1

**CERTIDÃO COMPROBATÓRIA – Nº 011/2019**

Certificamos para os fins a que se destina, que aproximadamente às 16h45min do dia 13 de dezembro do ano de 2018, a guarnição de Auto Resgate desta Unidade do Corpo de Bombeiros Militar deslocou-se para atender uma ocorrência do tipo: colisão carro x moto, ocorrida na Rua Cromácia Wanderley, próximo ao CEMAR, bairro Vida Nova, Pombal-PB.

**MOVIMENTO DO SOCORRO:** Hora do aviso: 16h45min#####

**RELATO DO EVENTO:** Chegando ao local solicitado, a Guarnição de Resgate do Corpo de Bombeiros Militar encontrou a vítima, senhor **JOSE FERREIRA DOS SANTOS**, consciente e orientado, sem capacete, apresentando aparente fratura fechada de fibula e tornozelo. No local não foram encontradas nem a moto, nem o capacete da vítima. Foram realizados os procedimentos de atendimento pré-hospitalar e a vítima foi conduzido ao Hospital Regional de Pombal. #####

**VITIMAS FATAIS: NÃO HOUVE#####**

**SOCORRISTAS:** CB BM MATR. 527.414-1 MARCELA FLORÊNCIO DO ORIENTE  
SD BM MATR. 525.989-4 NIELITON OLIVEIRA CALADO  
SD BM MATR. 526.097-3 HARYSON SOUZA SANTOS

**SOLICITANTE DA CERTIDÃO:** JOSÉ FERREIRA DOS SANTOS RG: 1.247.750

Pombal, 19 de março de 2019.

Gustavo Gouveia F.L.  
2º Ten. BM  
527.449-4

**GUSTAVO GOUVEIA FREIRE LUCENA – 2º TEN QOBM**  
Chefe da B/3 da 2ªCBM/6ºBBM

20 MAR 2019



Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - 3º Comando Regional - 6º Batalhão - 2ª Companhia  
Rua Antônio Ferreira, S/N, Centro, 58840-000 - Pombal-PB  
Fone: (83) 3431-3548 - email: bombeiros.pombal@gmail.com





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

Data/Hora 13/12/2018 17:03:14

Ocorrência: INTERNAMENTO

Servidor do Dr.: \_\_\_\_\_

Paciente JOSE FERREIRA DOS SANTOS

Idade: 67 Sexo: M

Filiação:

Pai:

Mãe:

JOAQUINA SOARES DOS SANTOS

Endereço:

Cidade: POMBAL - PB - 58840-000 - 2512101

Endereço: JANSE NOBREGA DE ARAUJO

Nº:

Bairro: VIDA NOVA I

Naturalidade: POMBAL - PB

Fone:

Documentos:

CNS: 700-5011-9883-5257

Entidade: 1245750

CPF:

Reg. Nasc.:

Informações adicionais:

Nascimento: 17/04/1951

Cor: BRANCA

Estado Civil: N.INF

Profissão: AGRICULTOR(A)

Responsável:

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

Paciente vítima de queda de moto há 1  
Semana com dor e limitação de movimento  
Trij (E)

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

Dor, edema, limitação de movimento  
de movimento trij (E).

EXAMES COMPLEMENTARES (Raio X, laboratórios)

20 MAR 2019

Rx trij (E).

Rx Braço esquerdo trij E.

Diagnóstico:

Fratura trij.

Motivo da Alta:

Resultado: ( ) Saiu Curado ( ) Melhorado ( ) Falecido ( ) Transferido Em \_\_\_\_\_



Nome:

Enf.:

Leito:

Nota sobre Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnósticos, Condições ao ser da Alta, Instruções ao Paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	RUBRICA
16/12/18	<p>ptatur em fer</p> <p>en: avançar ontem e onz</p> <p><i>(Handwritten signature over the notes)</i></p>	
17/12	<p>Fratura fargelos c/ exposta</p> <p>Pt II trauma em frg c/ hig (G) clav</p> <p>Fractura de FCC em 2ºgrd medial + edema ttor</p> <p>c/ vtm</p> <p>Acudindo melhora da fratura</p> <p>medio</p>	
	<p><i>(Handwritten signature over the notes)</i></p>	
	<p>Carcologra 17/12</p>	
	<p>BRAVO TESO</p>	
	<p>Colocado pelo Atendente (LEET emm-1 aust)</p>	
18/12/18	<p>Aguardando melhora</p> <p>das partes nulas e realizar TTO</p>	<p>Dr. Jaito Leal Cirurgião Cardiovascular CRM-PB 8882</p>

20 MAR 2019



Name: \_\_\_\_\_

Enf.:

### **Leitp:**

JOSÉ FERNANDEZ GOI

**Nota sobre Evolução da Doença, Complicações, Consultas, Mudança de Diagnósticos, Condições ao ser dado alta, Instruções ao Paciente**, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	RUBRICA
19/12/18	HD: Fratura Bimaterial de TR ② Paciente S/ dor no joelho. Dor no teto cintura.	Dr. Túlio Alberto ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CREMEPE 230117 CRM-PB 0251
19/12/18	Paciente suspeito de Fractura de patela 100% alta. S/ intervenções.	
19/12/18	CD: ATC + ANALGÉSICO AVIA COT 24h.	Dr. Túlio Alberto ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CREMEPE 230117 CRM-PB 0251
20/12/18	HD: Fratura Bimaterial de TR ② leito Paciente S/ dor no joelho.	
20/12/18	CD: Avia hospitalar.	Dr. Túlio Alberto de O. Soárez ORTOPEDISTA DOLONICO CRM-PB 9251 CRM: 201653362-000007

20 MAR 2019



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

JOSE FERREIRA DOS SANTOS

4 - PRONTUÁRIO

10183

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

700-5011-9883-5257

6 - DATA DE NASCIMENTO

17/04/1951

7 - SEXO

M

8 - RACA / COR

BRANCA

9 - NOME NA MÃE

JOAQUINA SOARES DOS SANTOS

10 - TELEFONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO

JANSE NOBREGA DE ARAUJO

N:

13 - BAIRRO

VIDA NOVA I

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

*Palha seca de cunha com  
mobilidade, abuso bruto de fumaça*

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*anore + Gx em fmu*

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

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

*Fratura fmu*

22 - CID 10 PRINC.

*572.3*

23 - CID 10 SEC.

*V29.9*

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

*anore + Gx em fmu*

26 - COD. PROCEDIMENTO

*0508050497*

27 - CLÍNICA

28 - CARATÉR INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC./ASSISTENTE

( ) CNS ( ) CPF

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

*Dra. Ana Paula  
Carvalho  
CRM-PB 000101*

32 - DATA SOLIC.

*16/12/18*

33 - ASSINATURA/CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

*[Assinatura]*

### PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

34 ( ) ACIDENTE TRÂNSITO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

35 ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

39 - SÉRIE

36 ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

40 - CNPJ EMPRESA

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

41 - CNAE EMPRESA

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

42 - CBOR

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

50 - Nº AUTORIZAÇÃO INTERN. HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CPF/CNPJ) PROFISSIONAL

( ) CNS ( ) CPF

*[Número]*

48 - DATA AUTORIZAÇÃO

49 - ASS. CARIMBO (Nº REG. CONSELHO)

*/ /*

*20 MAR 2019*





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



HOSPITAL	
NOME DO PACIENTE	José Ferreira do Santos
DATA DA OPERAÇÃO	19/12/18 ENF.
OPERADOR	D. Rui
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR
ANESTESISTA	M. Geraldo
DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO	
Fístula urinária com febre de 38°C	
TIPO DE OPERAÇÃO	
Ressecção da fístula urinária	
DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO	
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA	
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO	
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO	

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉCNICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURA- MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS

1. Paciente em DDK sob nuança clara
2. Rotina asséptica
3. Nada concreto visto em necropsia
4. Abertura por raios
5. Uso de raios para agir em conturbações
6. Nada de raios na visão possivel
7. Pessoal com raios da 3 de Cade 10 raios + 7 raios
8. Ligação com Stetos
9. Nada de raios
10. Nada de raios visto no exame
11. Nada visto visto no exame
12. Nada o raios que foram possíveis

Dr. Túlio Alberto  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

20 MAR 2019

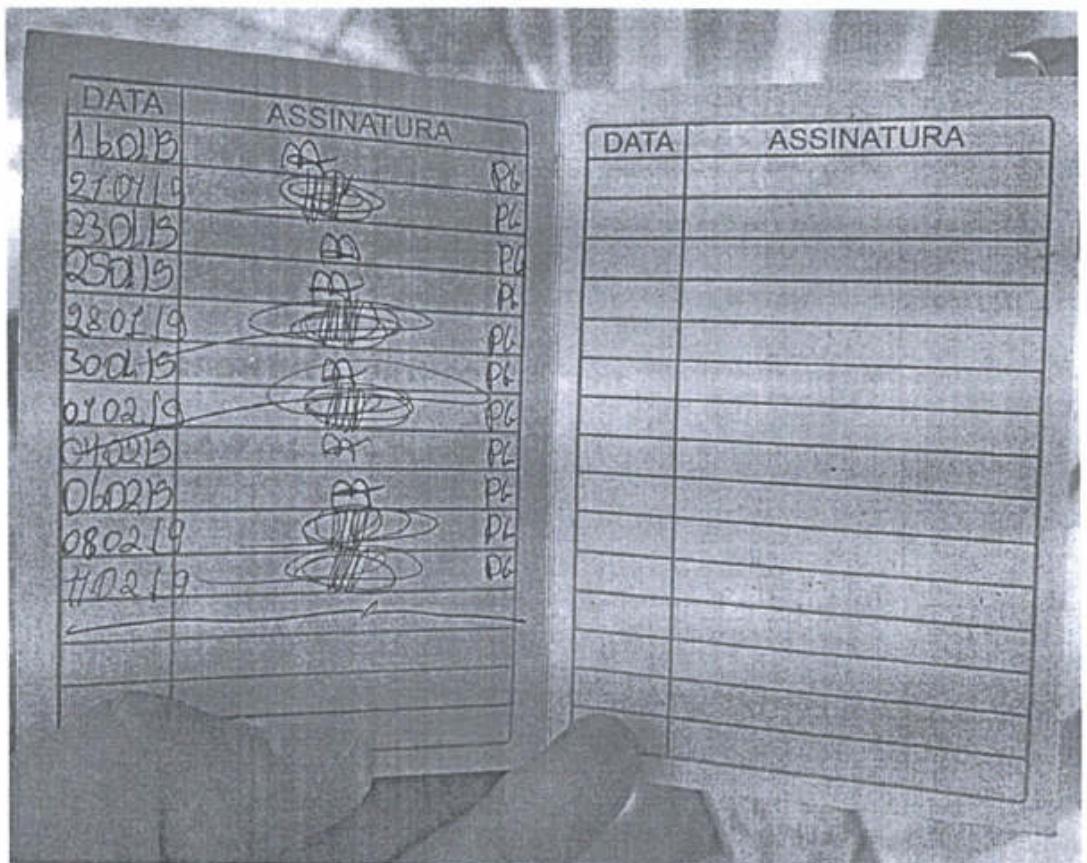


13. Firma com 2 Pinturas  
14. Pintura com Pintura  
15. Assinatura  
16. Firma Bento

D. Suelio  
ORTOPEDISTA  
CLÍNICA ALBERTO  
TIRADENTES  
CENTRO  
CRM 1051

20 MAR 2019

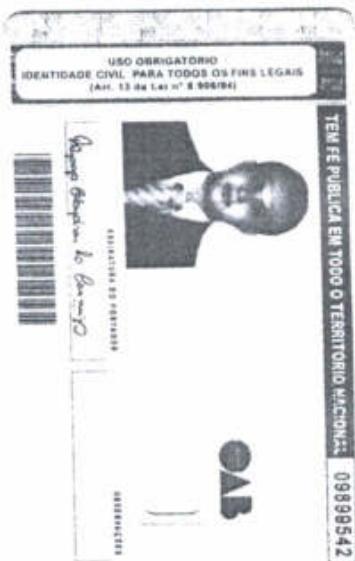




 <p><b>Fisio Forma</b>            Clínica            Fisioterapia / Academia de Musculação e Studio de Pilates            Forma Tel.: (83) 3431-2299 Rua 25 de Março, 2100 - Centro - Natal - RN</p>	<p><b>CONVÉNIOS:</b></p> <p>AFRAFEP / CAPESESP / CASSI CAMED            CORREIOS / UNIMED / FUNCEF</p> <hr/> <p><b>CONTROLE DE HORÁRIO</b></p> <hr/> <p>Nome: <u>José Jereina dos Santos</u></p> <p>Convenio: <u>Pantanal</u></p> <p>Tratamento: _____</p> <p>Horário: _____</p> <p>Fone: <u>9-3331-3809</u></p>
---	--

22 MAR 2019





**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**

CONSELHO SECCIONAL DA PARÁBA  
NEXTO DE ADVOGADO



TRÍAGO GLÁSSON LEITE CARNEIRO

16314

ANTÔNIO CARNEIRO DE ANDRADE,  
MARIA DO SOCORRO LEITE CARNEIRO  
PÓMONA/PB  
191.948 - 88298  
037 614.794-06  
10/08/1984  
037 614.794-06  
10/08/2011

Chamada  
de Atendimento  
Nacional

0800 614 794-06  
10/08/2011

0800 614 794-06  
10/08/2011

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190210873      **Cidade:** Pombal  
**Vítima:** JOSE FERREIRA DOS SANTOS      **Data do acidente:** 13/12/2018  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 26/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA. P6

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190210873      **Cidade:** Pombal  
**Vítima:** JOSE FERREIRA DOS SANTOS      **Data do acidente:** 13/12/2018  
**Natureza:** Invalidez Permanente  
**Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

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

**Data da análise:** 26/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA. P6

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

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

