



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
33439031	20/08/2020 15:38	<a href="#">2743155_CONTESTACAO_Anexo_02</a>	Outros Documentos



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

Rio de Janeiro, 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, 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 14088966

Pag. 00293/00294 - carta\_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 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 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 POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



# 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 NOBREGA ARAÚJO** Número: **512** Complemento: **CASA**  
Bairro: **UNDA POVA** Cidade: **POIMBAL** Estado: **PE** CEP: **55640-000**  
E-mail: **XTHYAGO.CARPEIXO@HOTMAIL.COM** (63) 9960 7071

Declaro, para todos os fins de direito, serem verdadeiras as informações prestadas, conforme consta no documento (ANEXAR CÓPIA).

**REDA MENSAL:**  
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ R\$10.001,00 ATÉ R\$15.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Somente em bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: **0732** CONTA: **00021317** 6 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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/avaliação, em nome de \_\_\_\_\_, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já, e somente após a efetivação do crédito, o crédito em nome de \_\_\_\_\_.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado(a) de apresentar o Laudo do IML, por não ter sido encaminhado pelo médico responsável pelo tratamento da vítima, após a realização da perícia médica para fins de indenização.

- ☒ 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 nome de \_\_\_\_\_, apresentando, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da condição de invalidez permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta submissão não constitui renúncia à avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso contrário, de boa-fé, deixo.

## 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 herdeiros (ver herdeiros): ☐ Sim ☐ Não Se tinha herdeiros, informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará caso de morte a indenização do Seguro DPVAT por morte, e não a indenização por invalidez permanente, e estou ciente de que esta condição, estando ciente, a não, de que qualquer alteração da documentação apresentada poderá gerar a suspensão de indenizações e a perda da indenização, conforme responsabilidade criminal por infração do artigo 171 do Código Penal.

Local e Data: \_\_\_\_\_ TESTEMUNHAS  
Nome: \_\_\_\_\_ 1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal (se houver): \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver): \_\_\_\_\_  
2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

20 MAR 2019

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior de idade, para preencher a ficha e assinar o documento, e a vítima/beneficiário deverá assinar o documento com o auxílio de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhes ciência do conteúdo do documento, sob pena de perda da indenização e da perda da indenização. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





20 MAR 2019







**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, vindo 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 Bombeiros, 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 cientificado das imputações cominadas nos artigos 299 e 340 do C. P. B.

COMUNICANTE: José Ferreira dos Santos

Test. José Fábio Almeida dos Santos

Policial responsável pela lavratura do boletim:

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

20 MAR 2019







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**

VISTO  
...verson Caldas da Cruz.  
Cap QGBM  
Comandante 3º CBM/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 Cromácio 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 **JOSÉ FERREIRA DOS SANTOS**, consciente e orientado, sem capacete, apresentando aparente fratura fechada de fíbula 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 HOUE#####

**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. Lucena  
2º Ten. BM  
527.449-4  
\_\_\_\_\_  
**GUSTAVO GOUVEIA FREIRE LUCENA – 2º TEN QGBM**  
Chefe da B/3 da 2ªCBM/6ºBBM

20 MAR 2019



**GOVERNO  
DA PARAIBA**

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



Número do documento: 20082015385577800000032002118

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO



Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Rotulador para serviços de pagamento de energia elétrica e gás - Energisa S/A - N° 018.914.908

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Insc. Est. 18.015.823-4

## DADOS DO CLIENTE

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO  
RUA CEL JOAO CARNEIRO SN 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)



2019/02/15

THYAGO GLAYDSON LEITE CARNEIRO

Rotelero: 06-227-060-6100

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

### VENCIMENTO

15/02/2019

### TOTAL A PAGAR

R\$ 199,92

### MATRÍCULA

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/BIBLIOTECALIB/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 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Thyago Cleudson Ló Carneiro

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

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

do sinistro de DPVAT cobertura \_\_\_\_\_ da Vítima Josi 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 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 Caramel João Carneiro</u>	Número: <u>512</u>	Complemento: <u>1º ANDAR</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Pombal</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>XTHYAGOCARNEIROX@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>58340-000</u>	Tel. (DDD) <u>(53) 9966-7071</u>

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

Thyago Cleudson Ló Carneiro

Assinatura do Declarante

20 MAR 2019

DLDR.001 V001/2017



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, João Ferreira dos Santos,  
RG nº 1.245.750, data de expedição 03/12/14,  
Órgão SSDS/PR, portador do CPF nº 632.386.674-91, com  
domicílio na cidade de Pombal, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Jonanem Malhada 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 João Ferreira dos Santos, cujo o condutor era  
João Ferreira dos Santos.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA NXR 160 REOS ESDD

Ano: 2015

Placa: QFH 6107/PE

Chassi: 9C2K20FR461008

Data do Acidente: 13/12/2018

Local e Data: Pombal, 01 de Março de 2019



João Ferreira dos Santos  
Assinatura do Declarante



João 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 FÉ.  
POMBAL-PB, 25/02/2019.

MARIA SELMA DO NASCIMENTO VIRGOLINO E SILVA  
Selo Digital de Reconhecimento tipo Normal B-A1E11059-URM  
Confira os dados de sítio em <https://selodigital.tpb.jus.br/>  
EMOLUM. R\$: 11,88 FARPEN R\$: 0,29 FEPJ R\$: 0,00

**Cel. João Queiroga**  
1º Ofício de Notas e Registros e Imóveis  
CNPJ: 09.205.818/0001-28  
Telefax: (83) 3431-2175 - 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**

VISTO  
...verson Caldas da Cruz.  
Cap QGBM  
Comandante 3º CBM/6ºBBM

**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 Cromácio 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 **JOSÉ FERREIRA DOS SANTOS**, consciente e orientado, sem capacete, apresentando aparente fratura fechada de fíbula 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. Lucena  
2º Ten. BM  
527.449-4  
\_\_\_\_\_  
**GUSTAVO GOUVEIA FREIRE LUCENA – 2º TEN QGBM**  
Chefe da B/3 da 2ªCBM/6ºBBM

20 MAR 2019



**GOVERNO  
DA PARAIBA**

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
Bairro:	VIDA NOVA I
Naturalidade:	POMBAL - PB
Fone:	
N.:	
Documentos	
CNS:	700-5011-9883-5257
Identidade:	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 altura há ±  
1 semana com dor e limitação de ADM de  
TNT (E)

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

DR, exames, limitação de ADM de  
TNT (E).

EXAMES COMPLEMENTARES: (Raio X, laboratórios)

20 MAR 2019

Rx TNT (E).

Fx fratura de  
TNT (E).

Diagnóstico:

fratura de

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 de  
Alta, Instruções ao Paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a fez.

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	RUBRICA
10/12/18	Fratura do fêmur em: Membros inferiores	
12/12	Fratura fechada e (Exposta) Do trauma em fmg (E) hri (A) dan Presença de FCC em região medial + edema H/L Col VTM Aguardando melhora de partes mole	
	Dr. José Carlos Nery ORTOPEDISTA	
	Cardiologista 17/12	
	BAV. TUS	
	Calculado pelo ATCativo (LEE/uma) APT	

18.12.18 Aguardando melhora  
das partes moles e realizar TFO em

Dr. João Leal  
Cirurgião Cardíaco  
CRM-PB 8882

20 MAR 2019



Nome:

JOSE FERNANDA DOS SANTOS

Enf.:

Leito:

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

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	RUBRICA
19	HD: FRACTURA BILATERAL DE TÍBIA (E)	
12	Paciente S/ curativos no punho.	
18	EDAMA + FO LIMPA.	
	CD: AO EXOCO.	
	Dr. Túlio Alberto ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CREMEPE 23111 CRM-PB 9251	
19	Paciente fraturado e Thompson	
12	Curativos todos dias em intercomissão	
18	CD: ATB + ANALGESIA	
	ATB COT 24h.	
	Dr. Túlio Alberto ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CREMEPE 23111 CRM-PB 9251	
20	HD: FRACTURA BILATERAL DE TÍBIA (E)	
12	12 AO	
18	Paciente S/ curativos no punho.	
	CD: Alta hospitalar.	
	Dr. Túlio Alberto de O. Sobrinho Ortopedia e Traumatologia CRM 9251 CNS: 206633/62100097	

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.º

VIDA NOVA I

13 - BAIRRO

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

Dor no ventre de caráter com  
mobilidade, alguns pontos de fixação

19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

anexa + Gx no hio

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

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura fêmur

22 - CID 10 PRINC.

S72.3

23 - CID 10 SEC.

V29.9

24 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

anexa + Gx no hio

26 - COD PROCEDIMENTO

0408050497

27 - CLÍNICA

28 - CARÁTER INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

30 - CNS/CPF - PROFISSIONAL SOLIC. / ASSISTENTE

ASS. CARIMBO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Antônio E. F. de  
Carvalho  
CRM 101234

32 - DATA SOLIC.

16/12/18

33 - ASSINATURA CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 ( ) ACIDENTE TRÂNSITO

37 - CNPJ SEGURADORA

38 - Nº BILHETE

39 - SÉRIE

35 ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

40 - CNPJ EMPRESA

41 - CNAE EMPRESA

42 - CBOR

36 ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

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

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 FERNANDA M. S. S. S.
DATA DA OPERAÇÃO	19/12/18
OPERADOR	M. RUI
2º AUXILIAR	
ANESTESISTA	M. V. V.
DIAGNOSTICO PRÉ- OPERATORIO	FRATURA SIMPLES DA 2ª FALANGE DO 5º DITO
TIPO DE OPERAÇÃO	PROTOMENTO CIRCULAR DA FRATURA DO 5º DITO
DIAGNOSTICO PÓS- OPERATORIO	
RELATORIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA	NÃO
EXAME RADIOLOGICO NO ATO	NÃO
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO	NÃO

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

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. NOTAS ASSEPTICA
3. INCISÃO CIRCULAR EM ALCIA DO 5º DITO
4. HIGIENE DO DITO
5. VISUALIZAR FOCO FRATURAL EM CONTINUAÇÃO
6. REDUZIR O FOCO FRATURAL POSSÍVEL
7. REDUZIR O FOCO FRATURAL DA 2ª FALANGE DO 5º DITO + 7 FALANGES
8. LIGAR COM STAPLER
9. HIGIENE DO DITO
10. HIGIENE DO DITO SOB ANESTESIA
11. VISUALIZAR FOCO FRATURAL
12. REDUZIR O FOCO FRATURAL POSSÍVEL

Dr. Túlio Alberto  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

20 MAR 2019





13. Fionas com 2 pontos
14. Fionas com pontos
15. pontos
16. TMA Boto

Dr. TULIO MOREIRA  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  
CRM 13.251

20 MAR 2019







**ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL**  
 CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA  
 IDENTIDADE DE ADVOGADO

**16314**

**TIAGO SILVEIRA LEITE CARNEIRO**

**PROCURADOR**  
 ANTONIO CARNEIRO DE ANDRADE  
 MARIA DO SOCORRO LEITE CARNEIRO

**POWELL/PB**

**2.137.548 - SSP/PB**

**10/08/1984**

**057.614.784-05**

**32/09/2011**

*Assinatura eletrônica*



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190210873 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/12/2018 **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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190210873 **Cidade:** Pombal **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE FERREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 13/12/2018 **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
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

