



Número: **0810842-19.2017.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **06/03/2018**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DIEGO DIAS MOREIRA (AUTOR)		WELLINGTON NÓBREGA VILAR (ADVOGADO) MARTINHO CUNHA MELO FILHO (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33894332	02/09/2020 13:02	Contestação	Contestação
33894335	02/09/2020 13:02	2746680_CONTESTACAO_Anexo_03	Outros Documentos
33894336	02/09/2020 13:02	2746680_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

EM ANEXO



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	16/03/2015
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	4.725,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VANUZA DIAS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000487180-0

Nr. da Autenticação 4612DA58A56E119A



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/03/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VANUZA DIAS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000487180-0

Nr. da Autenticação 4612DA58A56E119A



GOVERNO DO PARÁ SECRETARIA DE SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL CNPJ: 08.778.288/0001-60 Código da Unidade: 0023871 Nome: HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES Endereço: AV. FLORIANO PEIXOTO, 4700 - MALVINAS Município: CAMPINA GRANDE UF: 25	
PACIENTE: Nome: SUELIO MOREIRA TORRES Data de Nascimento: 09/11/2014 Sexo: MASCULINO Idade: 17,1		ANAMNESE E EXAME FÍSICO SUMÁRIOS: () 14 - MARELA () 15 - INDIGNA () 16 - SEM INFORMAÇÃO	
RAÇA/COR: () 11 - BRANCA () 12 - PRETA () 13 - AMARELA () 14 - INDIGNA () 15 - SEM INFORMAÇÃO		EXAMES REALIZADOS NA UNIDADE: TIPO: <i>Exames de laboratório</i>	
RESULTADOS: <i>Exames de laboratório</i>		MATERIAIS - MEDICAMENTOS E OUTROS RECURSOS: 1. <i>Exames de laboratório</i> 2. <i>Exames de laboratório</i> 3. <i>Exames de laboratório</i> 4. <i>Exames de laboratório</i> 5. <i>Exames de laboratório</i>	
DIAGNÓSTICO: 1. <i>Exames de laboratório</i> 2. <i>Exames de laboratório</i> 3. <i>Exames de laboratório</i> 4. <i>Exames de laboratório</i> 5. <i>Exames de laboratório</i>		ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OUTROS: ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO) <i>Suelio Moreira Torres</i>	
ASS. DOS(AS) PROFISSIONAL(IAIS) ASSISTENTE(S) - CARIMBO(S) ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OUTROS: ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO) <i>Suelio Moreira Torres</i>		SERVIÇOS REALIZADOS: CÓDIGO / PROCEDIMENTO 01 - URGÊNCIA 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÁFEGO 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENFERMAMENTOS POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS	
MEDICAÇÃO 01 - PRESCRITA 02 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENFERMAMENTOS POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS		ENCAMINHAMENTO 01 - RESIDÊNCIA 02 - OUTRO HOSPITAL 03 - OUTROS	
TIPO DE ATENDIMENTO 01 - URGÊNCIA 02 - ACIDENTE NO LOCAL DE TRABALHO OU SERVIÇO DA EMPRESA 03 - ACIDENTE NO TRAJETO PARA O TRABALHO 04 - OUTROS TIPOS DE ACIDENTES DE TRÁFEGO 05 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENFERMAMENTOS POR AGENTES QUÍMICOS E FÍSICOS		PROCEDIMENTO <i>Exames de laboratório</i>	
NATUREZA DA CONSULTA Consulta Especializada Consulta Básica (PAB)		ASS. DO PACIENTE / ACOMPANHANTE OU RESPONSÁVEL - OUTROS: ASS. DO REVISOR TÉCNICO (CARIMBO) <i>Suelio Moreira Torres</i>	

DOCUMENTO 1 - 11%





BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026



315 00026 42

22/12



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

2ª Delegacia Regional de Polícia Civil

10ª Seccional de Polícia Civil

Delegacia Especializada de Acidentes de C. Grande/PB

Rua Raimundo Nonato de Araújo, S/Nº Bairro do Catolé C. Grande/PB Fone-3310-9319



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL, VERSANDO SOBRE ACIDENTE DE TRÂNSITO.

DATA, HORA E LOCAL DO FATO: 09.11.2014, às 21:30 hs, na rua- Gilberto Pereira, bairro da Liberdade, nesta cidade.

DATA E HORA EM QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO: 11.12.2014, às 09:15 hs,

COMUNICANTE: VANUZA DIAS DA SILVA, brasileira, solteira, do lar, com 40 anos de idade, nascida em 28.08.1973, natural de Campina Grande-PB, filha de Antonio Dias da Silva e de Antonia Maria da Silva, residente na Travessa Damasco, 14, bairro Santa Rosa, nesta cidade, portador da identidade de Nº1.455.675-SSP-PB, Fone- 8809-4218.

VITIMA: DIEGO DIAS MOREIRA, brasileiro, solteiro, estudante, com 17 anos de idade, nascido em 04.10.1957, natural de Rio de Janeiro-RJ, filho de Damião Moreira de Lima e de Vanuza Dias da Silva, residente na Travessa Damasco, 14, bairro Santa Rosa, nesta cidade, portador da identidade de Nº3.917.648-SSP-PB, Fone- 8809-4218.

DAS TESTEMUNHAS: FRANCINEIDE FARIAS DE LIMA, brasileira, solteira, do lar, com 25 anos de idade, nascida em 04.09.1989, natural de Surubim-PE, filho de José Ferreira de Lima e de Francisca Maria de Farias, residente na rua- Goiania, 29, bairro das Cidades, nesta cidade, portador da identidade de Nº3.626.382-SSP-PB, Fone- 8102-4453 e BRUNO MAIA DA SILVA, brasileiro, casado, pasteleiro, com 26 anos de idade, nascido em 02.01.1988, natural de Campina Grande-PB, filho de Afonso Maia da Silva e de Maria das Dores Silva, residente na rua- Risalva Nogueira de Carvalho, 310,



bairro Serrotão, nesta cidade, portador da Identidade de Nº3.415.879-SSP-PB, Fone-8893-5630.

INFRATOR: Não Há.

DA NARRATIVA DO FATO: Informa a comunicante que a vítima, que no dia, hora e local já descritos, ia na garupa de mototaxista de sinais não identificado, quando passavam pela rua Gilberto Pereira no bairro da Liberdade, o piloto de outra motocicleta de sinais não identificado avançou num cruzamento da cidade e o mototaxista foi livrar a outra moto, tendo a vítima caído ao solo e sofrido fratura de tornozelo do pé direito, sendo socorrida por populares e encaminhado ao do Hospital de Emergência e Trauma nesta cidade. Na ocasião do acidente o tempo apresentava-se bom, com via seca e boa visibilidade, não se encontrando o envolvido sob a influência de bebidas alcoólicas. Compareceram os Policiais Militares do CPTRAN, tendo sido elaborado o Boletim de Acidente de Trânsito. Afirma a vítima não ter o desejo de Representar Criminalmente contra o condutor do veículo causador do acidente. O comunicante está ciente das penalidades previstas no art. 299 do Código Penal.

DELEGADA: JOSEFA ALVES DE ASSIS.

COMUNICANTE/VÍTIMA: Josefa Alves de Assis

TESTEMUNHA: Francine Farias de Jesus

TESTEMUNHA: Barbara Maria Silva

ESCRIVÃO: Ag.:

ARUANA
29 DEZ 2014
ASS.





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT	
juradora Líder - DPVAT	
Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA	
Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.	
EU, <u>Wagner da Silva</u> EM <u>29.05.19</u> E	
PORTADORA DO RG Nº <u>3455678</u> PROFISSÃO <u>professora</u>	
CPF <u>000.000.000-00</u> CNPJ <u>000.000.000-00</u> NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO	
E RENDA MENSAL DE R\$ <u>10.000,00</u> (*) AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO	
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA <u>Wagner da Silva</u> ABAIXO PRESTADAS.	
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.	
(*) A Circular Supop nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.	
AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO	
1) Para evitar a reprogramação de um pagamento, lembre-se:	
1) Os seguintes documentos não devem, de forma nenhuma, ser apresentados:	
• Conta salário e/ou benefício;	
• Conta pessoa jurídica;	
• Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;	
• Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;	
• Conta tipo FÁCIL: operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);	
• Conta-POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidades Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2000,00;	
• Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);	
2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);	
3) O CPF da conta informada para depósito não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.	
☐ CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)	
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE	
☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO	
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA	
☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL	
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA	
☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ	
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA	
☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	
BANCO 104 • AGÊNCIA <u>0041</u> (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA <u>48.4180-0</u>	
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.	
LOCAL <u>Compinha Grande - PB</u> DATA <u>15/12/14</u>	
ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A) <u>Wagner da Silva</u>	
ARUANA	
29 DEZ 2014	
Atenção	
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$11.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao(s) legítimo(s) beneficiário(s), obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.	
- Para acompanhar o processo de análise de pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0211204.	

CAIXA
 AUTO-ATENDIMENTO - AG. CAIXA GRANDE
 DATA: 10/12/2014
 TERMINAL: 00411823
 HORA: 15:48:39
 CONTRÔLE: 00411833826

DEPOSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0041.013.00427180-0
 NOME: VANUSA DIAS DA SILVA
 VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 1.125,00
 NÚMERO DO ENVELOPE: 0734668759
 NÚMERO DE CONTROLE: 344593147

A confirmação do depósito será feita pelo lançamento do valor na conta do favorecido após a abertura do envelope e a verificação dos valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios
 SAC CAIXA: 0800-725 0101
 Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
 www.caixa.gov.br

ARJANA
 29 DEZ 2014
 ASS.



DOCUMENTO 2 12%



DECLARAÇÃO

Eu, **VANUZA DIAS DA SILVA**, brasileira, solteira, portadora do CPF nº 000.732.604-10 e RG nº 1455675-2. Declaro para os devidos fins de direito, que devido ao não comparecimento da unidade móvel do SAMU ou RESGATE no local, prestei socorro a **DIEGO DIAS MOREIRA**, vítima de acidente de trânsito no dia 09 de Novembro de 2014 aproximadamente às 21hs30min na Rua: Gilberto Pereira, bairro da Liberdade, nesta cidade, encaminhando-o para o Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes de Campina Grande - PB.

Campina Grande - PB, 06 de Fevereiro de 2015.



Vanuza dias da Silva

Vanuza Dias da Silva

CPF: 000.732.604-10



ARUANA
SEGUROS S.A.

13 FEV 2015

SINISTRO DPVAT



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Diego Dias Moreira, portador da carteira de identidade nº 3914688 e inscrito no CPF/MF sob o nº 410.191.964-24 residente e domiciliado na Rua Dom Bosco, 151, Fátima, Estado PB, 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Diego Dias Moreira
assinatura do declarante

conforme documento de identificação

Campos Gerais - PB 15/12/14

Local e data

ARIANA

29 DEZ 2014

Ass.

LEI Nº 7.116 DE 2006

Assinatura de Suelio Moreira Torres

CPF: 000.732.604-10

NASC. N. 215197 FLS. 156 LIV. A-227

CAMPINO GRANDE-PB

DOC. CIVIL

CAMPINO GRANDE-PB

DATA DE NASCIMENTO: 28/08/1973

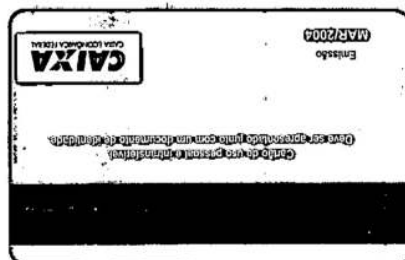
Função: ANTONIO DIAS DA SILVA

Nome: VANUZA DIAS DA SILVA

REGISTRO: 1.455.675 - 2 VIA EXERCÍCIO

DATA DE: 28/05/2012

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL



ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEMA A.A.M.T.C. IDENT. C.A.O.

Nome: VANUZA DIAS DA SILVA

Assinatura de Suelio Moreira Torres

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



Ministério da Justiça

CPF: 000.732.604-10

Número de Inscrição: 000.732.604-10

Cadastro de Pessoas Físicas

Nascimento: 28/08/1973

Nome: VANUZA DIAS DA SILVA

ARUANA

29 DEZ 2014

Ass.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

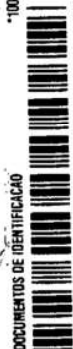
RECETO DO
NOME
DIEGO DIAS MOREIRA
3.917.648
DATA DE
EXPIÇÃO
25/10/2010

FIJACAO
PAULO MOREIRA DE LIMA
VANUZA DIAS DA SILVA

NATURALIDADE
RIO DE JANEIRO-RJ
DOC. ORIGIN.
MASC. N. 187506 FLS. 4 LIV. 1006-A
CARTORIO RIO DE JANEIRO-RJ

CNPJ
Mão Positiva - 28

1004037



DOCUMENTOS DE IDENTIFICACAO

CÓDIGO DE CONTROLE
AE92.047D.0514.4744

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
www.recetta.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 12:36:56 do dia 21/11/2014 (hora e data de Brasília)

digito verificador: 00

ARIANA
29 DEZ 2014
ASS.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICACAO

Assinatura: Suelio Moreira Torres

Assinatura Digital

Assinatura: Suelio Moreira Torres

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
710.191.964-24

Nome
DIEGO DIAS MOREIRA

Nascimento
04/10/1997

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICACAO



[illegible]

ARUANA

29 DEZ 2016

Ass.

Ficha de Acolhimento

Nome: JOÃO LUIZ MOREIRA End: PIEDADE 457 Bairro: PIEDADE

Data de Nascimento: 04/10/97 Documento de Identificação: 0911114 Hora: 21:30 Documento: 0911114

Classificação de Risco

Nível de consciência: () Bom () Regular () Baixo Aspecto: () Calmo () Fácies de dor () Gemente

Frequência respiratória: 12 Pressão arterial: 120/80

Dosagem de HGT: 120 Mucosas: () Normocorada () Pálida

Deambulação: () Livre () Cadeira de rodas () Cama

Estratificação

() Vermelho - atendimento imediato () Verde - atendimento até 4 horas () Amarelo - atendimento até 1 hora () Azul - atendimento ambulatorial

Assinatura e carimbo do profissional

JOÃO LUIZ MOREIRA
ENFERMEIRO
COREN-PB 00580

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes

GOVERNO
DA PARAIBA



ARUANA

29 DEZ 2016

Ass.

GOVERNO SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes		REQUISIÇÃO DE EXAMES	
NOME:	Dr. Suelio Moreira Torres	PRONTUÁRIO:	406
IDADE:		CLÍNICA:	
SEXO:	M	ENF:	
COR:	P	LEITO:	
PESO:			
ALTURA:			
DADOS CLÍNICOS:			
MATERIAL A EXAMINAR:			
EXAMES SOLICITADOS:			
Rx de pulmão Rx de tórax APL APL			
URGÊNCIA	☐	ROTIMA	☐
DATA:	29/12/16	HORA DA SOLICITAÇÃO:	
Cartão e Assinatura do Médico Dr. Suelio Moreira Torres CRM-PB 5843			



ARJANA

29 DEZ 2016

Ass.

GOVERNO SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA PARAIBA		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES		REQUISIÇÃO DE EXAMES	
NOME:	D. S. M. M. M.	PRONTUÁRIO:	400		
IDADE:		SEXO:	M	ALTURA:	
				CLÍNICA:	
				ENF:	
				LEITO:	
DADOS CLÍNICOS:					
MATERIAL A EXAMINAR:					
EXAMES SOLICITADOS:		Flx. tor. mox. 10 @ xtp (sítio cos. m. b. no 200)			
URGÊNCIA	☐	HORA DA SOLICITAÇÃO:	Cartão e Assinatura do Médico		
ROTINA	☐				

ARUANA

29 DEZ 2016

Ass.

Dr. Ralf R. Cavalcanti CRM/PB: 6320
Dra. Miriam Albino CRM/PB: 6435
Dra. Marcelia Farias CRM/PB: 6550
Dr. Rafael Borges CRM/PB: 6485
Dr. Ramonê Miranda CRM/PB: 6220
Dr. Roberto Maia CRM/PB: 6101

GOVERNO
do Paraíba
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES
CAMPINA GRANDE - PARAIBA

PACIENTE: DIEGO DIAS MOREIRA
DATA DO EXAME: 09.11.2016
RADIOGRAFIA DE TORNZELO
Fraturas na fíbula distal.
RADIOGRAFIA DE PÉ

• Não foram evidenciadas fraturas desalinhadas.





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Vanessa Dias da Silva (ap. legal) Diego Dora Moreira (número)
Portador do RG nº 45.5645 expedido pelo SSP/PB em 28/05/12
CPF nº 000.732.609-10 na qualidade de favorecido (a) /beneficiário (a),
venho perante a este instrumento, declarar que não possuo comprovante de residência
em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito
seguinte, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro	
(Rua/Avenida/Praça)	<u>TV Dom Bosco</u>
Número	<u>45</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Boa Vista</u>
Cidade	<u>Campina Grande</u>
Estado	<u>PB</u>
CEP	<u>57416-323</u>
Telefone de Contato	<u>(83) 8640-3833 / 8945 0004</u>
E-mail	<u>minuam2iguibscap@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Campina Grande - PB 15/12/2014
LOCAL / DATA

Vanessa Dias da Silva
Assinatura do Declarante

ARUANA

29 DEZ 2014

Ass.

Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2014

Carta nº: 6010696

A/C: VANUZA DIAS DA SILVA

Sinistro: 3150002642
Vitima: DIEGO DIAS MOREIRA
Data Acidente: 09/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à ARUANA SEGUROS S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00491/00492 - carta_01



Rio de Janeiro, 03 de Março de 2015

Carta nº: 6444713

A/C: VANUZA DIAS DA SILVA

Sinistro: 3150002642
Vítima: DIEGO DIAS MOREIRA
Data Acidente: 09/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01103/01104 - carta_02



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2015

Carta nº: 6588175

A/C: VANUZA DIAS DA SILVA

Sinistro: 3150002642
Vitima: DIEGO DIAS MOREIRA
Data Acidente: 09/11/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: VANUZA DIAS DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000000041

Conta: 00000487180-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =

R\$ 4.725,00

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

R\$ 4.725,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01477/01478 - carta_15R

00030739



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Diego Dias Moreira
Endereço do(a) Examinado(a): Travessa Damasco, S/N
Quarenta Campina Grande PB CEP: 58416-123
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / PB] 3917648
Data local do exame: [11/03/2015] Campina Grande [PB]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

A vítima sofreu fratura de fíbula direita.

Encontra-se com marcha claudicante, dor, edema na perna e joelho direito, leve diminuição dos movimentos do tornozelo e não usa calçado fechado.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

A vítima foi tratada com gesso por 3 meses.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

A vítima ficou com limitação funcional média no membro inferior direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

membro inferior direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve

(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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


Dr. Joazeiro B. de Sousa
CRM 3401
Médico



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/03/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VANUZA DIAS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00041

CONTA: 000000487180-0

Nr. da Autenticação 4612DA58A56E119A



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3150002642 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIEGO DIAS MOREIRA **Data do acidente:** 09/11/2014 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/03/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO E PE DIREITO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTO INCONCLUSIVO

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

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150002642 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DIEGO DIAS MOREIRA **Data do acidente:** 09/11/2014 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: fratura de fíbula direita

Descrição do exame médico pericial: Encontra-se com marcha claudicante, dor, edema na perna e joelho direito, leve diminuição dos movimentos do tornozelo e não usa calçado fechado.

Resultados terapêuticos: A vítima foi tratada com gesso por 3 meses

Sequelas permanentes: DANO MÉDIO EM MID

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 11/03/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Joao Merez Bandeira de Sousa

CRM do médico: 5401

UF do CRM do médico: PB

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

