



07/04/2021

Número: **0852731-93.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/09/2019**

Valor da causa: **R\$ 2.767,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
FABIANO SOUZA DOS SANTOS (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
41471565	07/04/2021 12:35	<a href="#">Petição</a>	Petição
41471567	07/04/2021 12:35	<a href="#">2747743_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02</a>	Outros Documentos
41471569	07/04/2021 12:35	<a href="#">2747743_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190470379

Vítima: FABIANO SOUZA DOS SANTOS

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIANO SOUZA 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 14700168

Pag. 01631/01632 - 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, 15 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190470379      Vítima: FABIANO SOUZA DOS SANTOS

Data do Acidente: 01/01/2019      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FABIANO SOUZA DOS SANTOS

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00319/00320 - carta\_02 - INVALIDEZ

00060160



Carta nº 14710422





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, 31 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190470379**

**Vítima: FABIANO SOUZA DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 01/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), FABIANO SOUZA DOS SANTOS**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.307,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%  
Graduação: Em grau residual 10%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%  
Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%  
Graduação: Em grau residual 10%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%  
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros 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: FABIANO SOUZA DOS SANTOS**

**Valor: R\$ 3.307,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000003348**

**Conta: 0000011630-3**

**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.





## 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: 078.405.034-11 Nome completo da vítima: Fabiana Souza dos Santos  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
Nome completo: Fabiana Souza dos Santos CPF: 078.405.034-11  
Profissão: Recusou R. Jornal da Província do Para Número: 24 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Tibiri Cidade: Santa Rita Estado: PB CEP: 58300-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ (83) 918663-4900

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

### DADOS CADASTRAIS

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 3348 CONTA: 11630  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Por motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 08/08/2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A-ROGO

\* Fabiano Souza dos Santos  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018







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

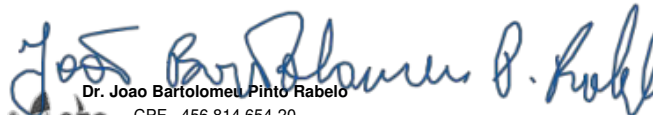
**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190470379  
Nome do(a) Examinado(a): Fabiano Souza dos Santos  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jornal A Província do Para, S/N  
Tibiri Santa Rita PB CEP: 58301-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PB ] 3121541  
Data local do acidente: [ 01/01/2019 ]  
Data local do exame: [ 19/08/2019 ] Joao Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.  
FRATURA DA MÃO ESQUERDA ( QUARTO E QUINTO METACARPOS).  
FRATURA EXPOSTA DO PÉ ESQUERDO (QUARTO METATARSO E 1º, 2º E 3º PODODÁCTILOS).**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA, REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MÃO COM OSTEOSSÍNTESE COM PLACAS E PARAFUSOS, REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LIMPEZA DESBRIDAMENTO E IMOBILIZAÇÃO DO PÉ ESQUERDO.  
Complicações: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.  
Data da Alta: 26/04/2019**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE DA CLAVÍCULA DEVIDO CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇAS MOTORA DO OMBRO DIREITO, CICATRIZES CIRÚRGICAS NA MÃO E NO PÉ ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA LEVE DA MÃO E ESQUERDA E DO PÉ ESQUERDO.**
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
☒ (X) Sim ☐ ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?  
☒ (X) Sim ☐ ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**APRESENTA DEFORMIDADE DA CLAVÍCULA DIREITA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇAS MOTORA DO OMBRO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA LEVE DA MÃO E ESQUERDA E DO PÉ ESQUERDO.**  
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).
- ☐ ( ) "Vítima em tratamento" ☐ ( ) "Sem sequela permanente"  
*Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias* *(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):<br><b>MÃO - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: <input checked="" type="checkbox"/> (X) 10% residual <input type="checkbox"/> ( ) 25% leve<br><input type="checkbox"/> ( ) 50% médio <input type="checkbox"/> ( ) 75% intensa <input type="checkbox"/> ( ) 100% completo  | Região Corporal (Sequela):<br><b>PÉ - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: <input checked="" type="checkbox"/> (X) 10% residual <input type="checkbox"/> ( ) 25% leve<br><input type="checkbox"/> ( ) 50% médio <input type="checkbox"/> ( ) 75% intensa <input type="checkbox"/> ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br><b>OMBRO - Lado Direito</b><br>% do dano: <input type="checkbox"/> ( ) 10% residual <input type="checkbox"/> ( ) 25% leve<br><input checked="" type="checkbox"/> (X) 50% médio <input type="checkbox"/> ( ) 75% intensa <input type="checkbox"/> ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br><b>OMBRO - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: <input type="checkbox"/> ( ) 10% residual <input type="checkbox"/> ( ) 25% leve<br><input type="checkbox"/> ( ) 50% médio <input type="checkbox"/> ( ) 75% intensa <input type="checkbox"/> ( ) 100% completo         |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

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





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 08557.01.2019.1.00.401**



CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08557.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:11 horas do dia 30 de julho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Fabiano Souza dos Santos**, CPF nº 078.405.034-11, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Serralheiro, filho(a) de Lucia de Fatima da Silva Souza e Rildo Souza dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 08/04/1987 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Jornal Província do Para, Nº 24, bairro Tibiri Ii, tendo como ponto de referência Casa, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98807-8538.

**Dados do(s) Fatos:**

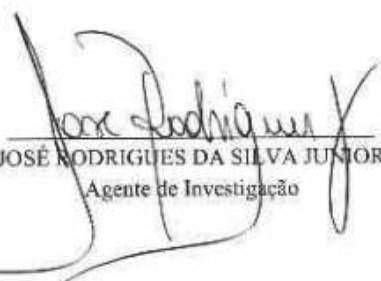
Local: Rua Marcene Alves Vasconcelos, Praça de Marcos Moura, Santa Rita/PB, bairro Marcos Moura; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/01/19 11:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 2º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

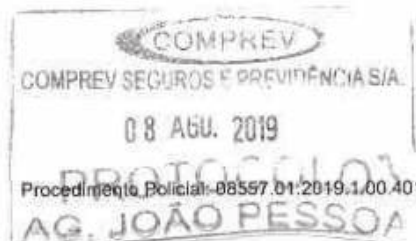
QUE NO DIA 01/01/2019, POR VOLTA DAS 11:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR PRETA, ANO 2006, PLACA MOC-4208/PB, CHASSI 9C2KC0820R834759, REGISTRADA EM NOME DE ANDRE DORGIVAL DA SILVA, NA RUA MARCENE ALVES DE VASCONCELOS, MARCOS MOURA, SANTA RITA/PB, QUANDO UMA OUTRA MOTOCICLETA ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADA VEIO NA CONTRA-MÃO E COLIDIU DE FRENTE NA MOTOCICLETA DESTA NOTIFICANTE; QUE O PILOTO DA OUTRA MOTOCICLETA NÃO FICOU NO LOCAL PARA PRESTAR SOCORRO A ESTE NOTIFICANTE; QUE FOI SOCORRIDO POR PARTICULARES AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE MÚLTIPLOS METACARPOS, SENDO REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM 16/01/2019, CONFORME CERTIDÃO 0769/2019, ASSINADA PELA MEDICA SONIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 30 de julho de 2019.

  
JOSÉ RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

  
FABIANO SOUZA DOS SANTOS  
Noticiante







## 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: 078.405.034-11 Nome completo da vítima: Fabiana Souza dos Santos  
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012  
Nome completo: Fabiana Souza dos Santos CPF: 078.405.034-11  
Profissão: Recusou R. Jornal da Província do Para Número: 24 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Tibiri Cidade: Santa Rita Estado: PB CEP: 58300-000  
E-mail: \_\_\_\_\_ (83) 918663-4900

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

### DADOS CADASTRAIS

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 3348 CONTA: 11630  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Por motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa - PB 08/08/19  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A-ROGO

\* Fabiano Souza dos Santos  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018







MUNICÍPIO DE JOÃO PESSOA

HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCÍSIO BURITY

RUA: PONTA FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N

58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980

FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 194280

Atd: Nao Regular

Data: 01/01/2019

Hora: 12:31:01

Recepcionista: LENICE FLORENCIO DE A

Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: FABIANO SOUZA DOS SANTOS

Num. Prontuario: 2019.01.000049

CNS: 160205295340005 Sexo: M IDENTIDADE: 3121541 Fone: 988772345

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/04/1987 Id: 31 ano(s)

End.: RUA JORNAL PROVINCIA DO PARA, 24

Bairro: TIBIRI II Cidade: SANTA RITA (UIRAUNA) UF: PB

Mae: LUCIA DE FATIMA DA SILVA SOUZA

Pai: RILDO JOAQUIM DOS SANTOS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SERRALHEIRO (FORA EXCECAO)

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: FABIANO SOUZA DOS SANTOS

Te/Doc. Responsavel: 988772345 / IDENTIDADE: 3121541

Pr.: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COL.MOTOXMOTO HJ PELA MANHA MARCOS MOURA COND

Vitima de violencia por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

FC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

028?

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Sinais Principais

COLISAO MOTO A MOTO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

12:40h  
Vítima de politrauma leve cerca de 1h. Vem encaminhado do HETSOM. Solicito RX / exames prévios, para ela. Clínico - Resol. com exames prévios.

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

Ex Exp do HETSOM

At Bloco 1/h 4C+P

R. O. J. J. J.



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem

Reservado p/ liberacao

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

*Suelio Moreira Torres*

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Me



# 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:	26/08/2019
------------------------	------------

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

VALOR TOTAL:	3.307,50
--------------	----------

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

CLIENTE: FABIANO SOUZA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03348

CONTA: 000000011630-3

---

---

Nr. da Autenticação B1CBCCCD950BA155





SILVANA MARIA DOMINGOS  
RUA JORNAL A PROVA DO PAÍS, 24 - TERM  
SANTA RITA / PB CEP: 55300000 (AG: 1)



Ligação: MONITOR CO  
Código: 980 NTC 51 - RESIDENCIAL  
Roteiro: 14-9-980-3423 Referência: Jun/2019  
Medidor: 00000000000000000000 Emissão: 21/06/2019

ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R. 230, Km 25 - Costa Rica - Jd. Pimenta/PR - CEP 59071-690  
CNPJ 08.955.000/0001-40 - Ins. Est. 16.935.825-0

Nota Fiscal: Contas de Energia Elétrica Nº 06.036.906  
Cód. para Rec. Automático: 0014220453

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jun / 2019	21/06/2019	23/07/2019	000.061.304-80 Proc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/1422045-3

#### Canal de contato

Justiça de Paz MEVISTO VACINA BRASIL, Sábão mais em  
SABÃO por Sabão Brasil

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
23/06/19	432	21/06/19	527	28

Demonstrativo					
CC	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base	Valor Total
001	Consumo em kWh	94,000	0,829610	77,89	77,89
002	Adic. B. Amarelo	5,49	0,45	2,47	2,47
003	CONTRIB. SERV. LLM PUELCA	1,35	0,00	0,00	0,00
004	JURISDIÇÃO DO PUELCA	1,39	0,00	0,00	0,00
005	MULTA 24/02/19	2,25	0,00	0,00	0,00
006	PARCELAMENTO DE DÉBITO 30/19	30,87	0,00	0,00	0,00
007	ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 01/2019	0,01	0,00	0,00	0,00

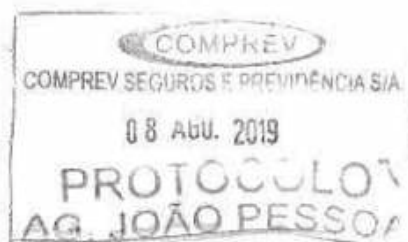
CC: Código de Classificação de tar.	TOTAL	123,68	79,47	13,81	79,47	0,00	3,91
Tarifa de Transmissão	2,571770						

Últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
66	01/07/2019	R\$ 123,68

Histórico de Consumo (kWh)											
78	1	80	1	82	1	84	1	86	1	88	1
Jun/19	Jul/19	Agos/19	Sep/19	Out/19	Nov/19	Dez/19	Jan/20	Fev/20	Mar/20	Abr/20	Mai/20

RESERVAÇÃO AO FISCO  
74b2 b40a 4004.0f79 cc5e 77a0.920e.c412

Indicadores de Qualidade				Comparação do Consumo		
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)		Discriminadas	Valor (R\$)	%
TEMPOAL	3,43	0,00	NOMINAL	Consumo de Energia Elétrica	123,68	100,00
TEMPOAL	3,43	0,00	CONTRATADA	Consumo de Energia Elétrica	123,68	100,00
TEMPOAL	3,43	0,00	INFERIOR	Consumo de Energia Elétrica	123,68	100,00
TEMPOAL	3,43	0,00	SUPERIOR	Consumo de Energia Elétrica	123,68	100,00

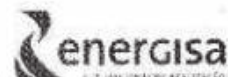


# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal.

Documento não é segunda via da conta.

Sócio para empresa pagadora da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 026.333.126



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Centro Ildefonso - João Pessoa / PB - CEP 56071-680  
CNPJ 03.095.193 / 0001-40 Insc. Est. 14.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 137 SALA 08  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

## REFERÊNCIA

JUL/2019

## APRESENTAÇÃO

19/07/2019

## CONSUMO

168

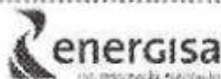
## VENCIMENTO

26/07/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 150,11

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



5/1698358-7

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Roteiro: 12-005-292-0450

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 24/07/2019

## VENCIMENTO

26/07/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 150,11

## MATRÍCULA

1698358-7/19-07-0



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/04/2021 12:35:30

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040712352866800000039481667>

Número do documento: 21040712352866800000039481667





## 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 81 89

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 estabelecido pela Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/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 COAP<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA E RESSEGURADO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAP, ÓRGÃO INTERMEDIÁRIO ANTE A ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Cesar Duarte

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754 / 74 na qualidade de Procurador(a) / Intermediário(a) do Beneficiário

Fabiana Souza dos Santos Inscrito (a) no CPF sob o nº 078.405.034 / 11

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Fabiana Souza dos Santos

Inscrito (a) no CPF sob o nº 078.405.034 / 11 conforme determinação da Circular Susep 445/12;

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

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residência do conprovente 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 Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número: <u>15</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Marangapé</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: _____	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(3) 98663-4900</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 08/08/2019

Alexandra Cesar Duarte  
Assinatura do Declarante



DLDR001 V301/2017



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, André Dorsival da Silva,  
RG nº 2307388, data de expedição 20/01/17,  
Órgão SSPPB, portador do CPF nº 032.701.744-97, com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Manoel Teixeira da Silva, nº 308,  
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 Robiano Souza dos Santos cujo o condutor era  
Robiano Souza dos Santos  
Veículo: moto  
Modelo: HONDA TITAN  
Ano: 2006  
Placa: MOC 4208  
Chassi: GC2K C0820 R 834759  
Data do Acidente: 03-03-19  
Local e Data: 03/03/2019 João Pessoa - PB



André Dorsival da Silva  
Assinatura do Declarante

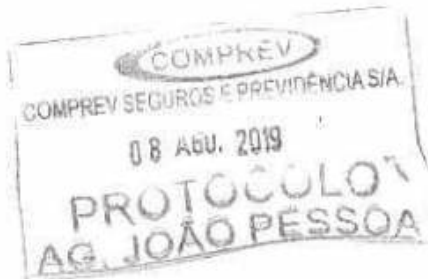
Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

**SOLUTO**  
Sistema Notarial e Tabelionato  
Sede: Ministério Público do Estado de Pernambuco  
Tabela

1º OFFÍCIO DE NOTAS  
2º TABELIONATO DE PROTESTOS  
3º TABELA DE NOTAS  
4º TABELA DE NOTAS  
5º TABELA DE NOTAS  
6º TABELA DE NOTAS  
7º TABELA DE NOTAS  
8º TABELA DE NOTAS  
9º TABELA DE NOTAS  
10º TABELA DE NOTAS

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....  
ANDRE DORSIVAL DA SILVA.....  
Em test.da verdade, João Pessoa - PB 03/03/2019 12:46:37  
José Francisco da Silva - Extravente  
(2019-000575)EMUL:R9 09,9% PARPENIR 0,29 FEPJCA 1,00 ISS:R955 50  
SELO DIGITAL: AHW9537-ERTH  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpe.org.br>

João Francisco da Silva  
João Francisco da Silva  
João Francisco da Silva







## CERTIDÃO

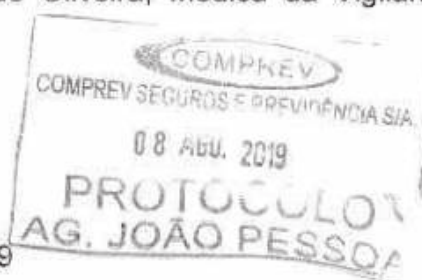
Nº. 0769/2019

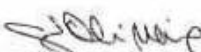
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº 194280 e prontuário 2019.0.000049 pertencentes a **FABIANO SOUZA DOS SANTOS** que foi atendido dia 01/01/2019 às 12H31min, vítima de colisão de moto x moto, apresentando trauma em membro superior e inferior.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de múltiplos metacarpos. Realizado procedimento cirúrgico no dia 16/01/2019, com alta médica no mesmo dia.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 21 de Maio de 2019



  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome:	Falcão Sampaio dos Santos			Data da Admissão:	08/01/19
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:		
Nome da Mãe:					
Endereço:	Bairro:				
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:		
Sexo: F ( ) M ( )	Cor:	Estado Civil:	Religião:		
Escolaridade:	Data de Nascimento			/ /	
QPD:	Artralgia de mão				
HDA:	Atorção de punho por acidente de mão com dor e limitação de movimento em ombro (D) e mão (E); h.o. + 9 horas.				
Medicações em uso:					
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>					
<b>Geral:</b> <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Astenia <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Perda de Peso <input type="checkbox"/> Kg em <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Sudorese <input type="checkbox"/> Calafrios <input type="checkbox"/> Alopecia <input type="checkbox"/> Adenomegalias <input type="checkbox"/> Icterícia <input type="checkbox"/> Tonturas <input type="checkbox"/> Outros:					
<b>Pele:</b>					
<b>Cabeça e Pescoco:</b> <input type="checkbox"/> Cefaléia <input type="checkbox"/> Espirros <input type="checkbox"/> Rinorréia <input type="checkbox"/> Obstrução Nasal <input type="checkbox"/> Epistaxe <input type="checkbox"/> Dor de Garganta <input type="checkbox"/> Bócio <input type="checkbox"/> Rouquidão <input type="checkbox"/> Disfagia <input type="checkbox"/> Audição: <input type="checkbox"/> Visão:					
<b>AR e ACV:</b> <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Tosse <input type="checkbox"/> Expectoração <input type="checkbox"/> Hemoptise <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Palpitações <input type="checkbox"/> Desmaio <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Outros:					
<b>ABD:</b> <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Pirose <input type="checkbox"/> Solução <input type="checkbox"/> Regurgitação <input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vômitos <input type="checkbox"/> Dispepsia <input type="checkbox"/> Diarréia <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Enterorragia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Aumento de volume					
<b>AGU:</b> <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Incontinência <input type="checkbox"/> Retenção <input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Noctúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Mal Cheiro <input type="checkbox"/> Corrímento <input type="checkbox"/> Outras:					
<b>SME:</b> <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Rigidez pós-reposso <input type="checkbox"/> Deformidades <input type="checkbox"/> Artralgia <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Rubor <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Crepitação <input type="checkbox"/> Fraqueza <input type="checkbox"/> Atrofia <input type="checkbox"/> Espasmos					
<b>SN e PSQ:</b> <input type="checkbox"/> Insônia <input type="checkbox"/> Sonolência <input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Motricidade e Sensibilidade <input type="checkbox"/> Amnésia <input type="checkbox"/> Libido <input type="checkbox"/> Humor					

COMPREV  
COMPREV SEGURAS E PREVIDÊNCIA S/A  
08 ABR. 2019  
PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

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





[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Baixo C. R. [ ] Casa de rep. [ ]  
[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Tabagismo [ ]  
[ ] Alcoolismo [ ]  
Exercício Físico: \_\_\_\_\_ Alimentação: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares:**

HAS \_\_\_\_\_ DM \_\_\_\_\_ TB \_\_\_\_\_ NEO \_\_\_\_\_  
Dislipidemias \_\_\_\_\_

**Exame Físico:**

Peso: \_\_\_\_\_ Kg Altura: \_\_\_\_\_ m IMC = \_\_\_\_\_ PA = \_\_\_\_\_ mmHg  
FC = \_\_\_\_\_ FR = \_\_\_\_\_ TEMP(°C) = \_\_\_\_\_

Geral: \_\_\_\_\_  
Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): \_\_\_\_\_  
Gânglios: \_\_\_\_\_

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

ACV: \_\_\_\_\_

AR: \_\_\_\_\_

ABD: \_\_\_\_\_

AGU: \_\_\_\_\_

SME: \_\_\_\_\_

SN: \_\_\_\_\_

Resultados de Exames Complementares: \_\_\_\_\_

**Hipóteses Diagnósticas:**

*Ex. Exp. a 1º 2º e 3º PDE e  
color. do 4º MTC  
Ex. de glândula (conservador) pelo Tumor  
Ex. de 4º 5º MTC*

**Conduta:**

*Ag. Bloco H. KMC +  
Glândula 2º Tumor  
SAT 5000 US Im.*

Dr. Valdean Carvalho Jr.  
Médico - CRM 2092  
CNS 206346820960018

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

*+ Jairo*





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Edson Souza do Santos</i>		Registro: <i>123456</i>	
Idade: <i>31a</i>	Sexo: <i>M</i>	Cor: <i>P</i>	Clinica: <i>Orto</i>
Data: <i>07/04/19</i>	Cirurgião: <i>D. F. F. F.</i>		EMP: <i>123456</i>
2º Assistente:		3º Assistente:	1º Assistente:
Anestesista:		Tipo Anestesia:	Instrumentac:
Horário:			
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>			
<i>Fx Exp de 1 PTC</i>			
<i>Fx de 2 e 3 PTC + Fx colo 4ª MTC</i>			
<i>Fx de calcâneo D</i>			
<i>Fx de 4 e 5 MTC</i>			
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>			
<i>Orto</i>			
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>			
<i>LTC + desbridamento</i>			
Acidente durante Ato Cirúrgico		Descrva:	
1 ( ) Sim			
2 ( ) Não			
Biópsia de Congelação:			
1 ( ) Sim			
2 ( ) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:			
1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante			

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





## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

**Posição e Preparo:**

Rel. cutânea de audição de ruído  
Rel. em PPH sobre sequencia de  
procedimento + antibioticoterapia  
Procedimento de campo estéril

**Incisão:**

**Achados:**

Fx de filarise dorsal de PPH  
com rest. da unha e lesão em  
região medial do pé (E)

**Conduta:**

Realizado L.M.C. com  
GOLPI - 9 pontos.  
Dilatação tendões do  
calcanhar

**Fechamento:**

Sutura de Absorvível +  
Curativo com gaze vaselina +  
tala, Boter + Tala gipsada

**OBS:**

Rel. com + de 8 horas de audição  
Realizado somente L.M.C. e 2 pontos  
de drenagem definitiva

**Data:**

01/01/19

Dr. Valdeban Caryello Jr.  
Médico CRM 7692  
MÉDICO/CRM

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



Nome: <b>FABIANO SOUZA DOS SANTOS</b>				Registro: 2019010049	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica: <i>Traumatologia</i>	EMP:	LR:
Data: 16 / 01 / 2019			Cirurgião: <i>Luis Filipe Lessa</i>		
1º Assistente: <i>Jorge Augusto</i>			2º Assistente: <b>GALVÃO</b>		
Anestesista:			Instrumentador:		
<b>DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>Fratura de múltiplos metacarpos</i>					<i>S623</i>
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					<b>CID</b>
<i>O mesmo</i>					
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</b>					<b>CÓDIGO</b>
<i>Osteossíntese com placa e miniparafusos</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 (x) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

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

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





# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

## Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob anestesia

Assepsia + Antissepsia

Aposição de campos cirúrgicos estéreis

## Incisão:

Incisão dorsal em 5º espaço intermetacarpal

Divulsão por planos até identificar fratura complexa de 4º mtc + fratura do colo do 5º mtc

Osteotomia + osteossíntese com placa 1.5 + 06 parafusos corticais

Verificado redução sob fluoroscopia

## Achados:

## Conduta:

Limpeza com sf 0,9%

Sutura com nylon 4.0

Curativo

## Fechamento:

## OBS:

Data: 16 / 01 / 19

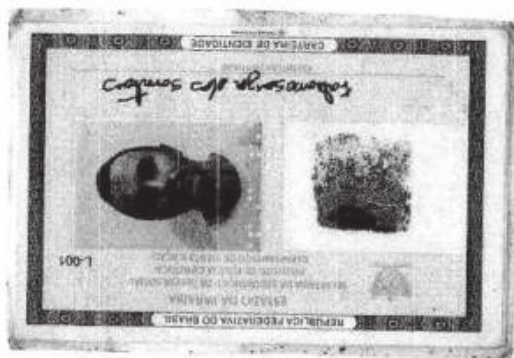
Dr. Luis Felipe Lessa  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 14388

MÉDICO/CRM

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







# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190470379 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** FABIANO SOUZA DOS SANTOS **Data do acidente:** 01/01/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

FRATURA DA MÃO ESQUERDA ( QUARTO E QUINTO METACARPOS).

FRATURA EXPOSTA DO PÉ ESQUERDO (QUARTO METATARSO E 1º, 2º E 3º PODODÁCTILOS).

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEFORMIDADE DA CLAVÍCULA DEVIDO CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇAS MOTORA DO OMBRO DIREITO, CICATRIZES CIRÚRGICAS NA MÃO E NO PÉ ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA LEVE DA MÃO E ESQUERDA E DO PÉ ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** HOUE CONSOLIDAÇÃO DAS FRATURAS PORÉM EVOLUIU COM DEFORMIDADE DA CLAVÍCULA DEVIDO CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, HIPOTROFIA MUSCULAR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇAS MOTORA DO OMBRO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA LEVE DA MÃO E ESQUERDA E DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MÃO ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 19/08/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>24,5 %</b>	<b>R\$ 3.307,50</b>



## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** Fabiano Souza dos Santos, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Desenhista, residente e domiciliado à Rua Joana Maria da Costa, nº 24, bairro Tiburi, Município de Santa Rita, Estado de(o) PB, Cep 58300-000, portador(a) do Rg nº 3.121.541, SSP/PB e CPF nº 078.405.034-11.

**Outorgado:** Alexsandra Gusmão Duarte, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão advogado, residente e domiciliado(a) à Rua Agim F. F. Costa Duarte nº 157, bairro Manga Buca, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep 58056-384, portador(a) do RG nº 252.778 SSP/PB e CPF nº 046.502.754-79.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Fabiano Souza dos Santos, ocorrido em 03/03/19, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza imaterial.

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

Santa Rita, 30 de Julho de 2019.



Fabiano Souza dos Santos  
Outorgante  
CPF Nº 078.405.034-11

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271335/19

**Vítima:** FABIANO SOUZA DOS SANTOS

**CPF:** 078.405.034-11

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

**Data do acidente:** 01/01/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** FABIANO SOUZA DOS SANTOS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

#### FABIANO SOUZA DOS SANTOS : 078.405.034-11

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/08/2019  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/08/2019  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08527319320198152001

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

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **de R\$ 3.037,50 (três mil e trinta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

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

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

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



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 5 de abril de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**15477 - OAB/PB**

