



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
<b>FABIANO SOUZA DOS SANTOS (AUTOR)</b>	<b>JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)</b> <b>ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)</b>
<b>BRADESCO SEGUROS S/A (REU)</b>	<b>SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)</b>
<b>TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)</b>	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
41471 565	07/04/2021 12:35	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
41471 567	07/04/2021 12:35	<a href="#"><u>2747743_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
41471 569	07/04/2021 12:35	<a href="#"><u>2747743_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/04/2021 12:35:28  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040712352134200000039481665>  
Número do documento: 21040712352134200000039481665

Num. 41471565 - Pág. 1



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

---

Rio de Janeiro, 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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 14700168



Pag. 01631/01632 - carta\_01 - INVALIDEZ



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

Num. 41471567 - Pág. 1



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

---

Rio de Janeiro, 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.

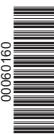
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00319/00320 - carta\_02 - INVALIDEZ



00060160

Carta nº 14710422



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

Num. 41471567 - Pág. 2

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.





## 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:

078.405.034-11 Fabiana Souza das Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Profissão: *Recusa*

Endereço: *R. Jornal da Província do Pará*

CPF:

Número: *24*

Complemento:

Bairro: *Tibiri*

Cidade: *Santa Rita*

Estado: *PB*

CEP:

*58300-000*

DDD:

*(83) 98663-4900*

E-mail:

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

RENDIMENTO 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 OPCIÃO 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*

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

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

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 acima-ado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.794/74, art. 3º, II, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Mulher: *Felipe dos*

Vítima deixou

hóspito (vai morrer)?

Sim  Não

Vítima deixou

pais/vivos vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte, 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 ou/ou infração do artigo 208 do Código Penal.

Local e Data:

*João Pessoa - PB 08/08/19*

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina o RODO

*Fabiana Souza das Santos*  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

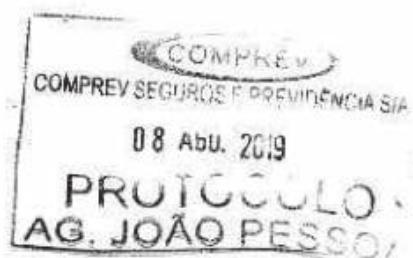
2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura: *RECUPERADO*



✓



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

Num. 41471567 - Pág. 5

**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 OSTEOSÍNTESE 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 DEFÍCIT DE FORÇAS MOTORA DO OMBRO DIREITO, CICATRIZES CIRÚRGICAS NA MÃO E NO PÉ ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT 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?

Sim  Não

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

Sim  Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**APRESENTA DEFORMIDADE DA CLAVÍCULA DIREITA, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇAS MOTORA DO OMBRO DIREITO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT 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):

Região Corporal (Sequela):

**MAO - Lado Esquerdo**

**PÉ - Lado Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**OMBRO - Lado Direito**

**PÉ - Lado Direito**

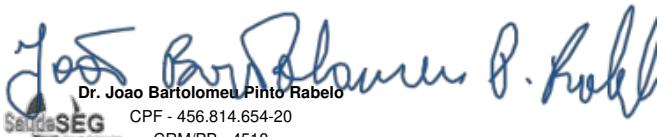
% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

50% médio  75% intensa  100% completo

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

  
Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo  
Carimbo com Nome e CRM

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



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

Num. 41471567 - Pág. 6

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



GOVERNO  
DA PARAÍBA  
Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social



### 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 integra: 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 Marcone 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:**

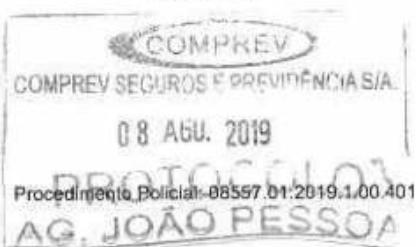
QUE NO DIA 01/01/2019, POR VOLTA DAS 11:00, ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA HONDA TITAN DE COR PRETA, ANO 2006, PLACA MOC-4208/PB, CHASSI 9C2KC0820R834759, REGISTRADA EM NOME DE ANDRE DORGIVAL DA SILVA, NA RUA MARCONE ALVES DE VASCONCELOS, MARCOS MOURA, SANTA RITA/PB, QUANDO UMA OUTRA MOTOCICLETA ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADA VEIO NA CONTRA-MÃO E COLIDIU DE FREnte NA MOTOCICLETA DESTE 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, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 30 de julho de 2019.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

FABIANO SOUZA DOS SANTOS  
Noticiante



1/1





## 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 (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número: 24

Complemento:

CEP: 58300-000

DDD: (83) 98663-4900

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

RENDIMENTO:

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 OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 3348

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 11630

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

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

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 atende 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 acima-ado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.794/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

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

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

Vítima teve filhos?  Sim  Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Móvi: Felicídos

Vítima deixou

hóspito (vai morcer)?

Sim  Não

Vítima deixou

pais/vivos vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte, 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 ou/ou infração do artigo 208 do Código Penal.

Local e Data:

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina o RODO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

RODO  
Assinatura  
COMPREV SECURIS F PREVIDÊNCIAS/A

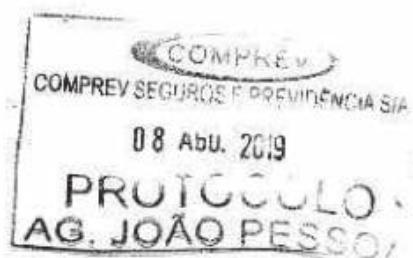
Assinatura

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA





✓



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

Num. 41471567 - Pág. 9

IRIA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY  
RUA: FRENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 194280 Atd: Nao Regula:  
Data: 01/01/2019  
Hora: 12:31:01  
Repcionista: LENICE FLORENCIO DE AL  
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: FABIANO SOUZA DOS SANTOS Num. de vezes atendido: 1

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. encia: 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:

Glicemias: IMC:

Circ. Abd: 028

12:40h  
Vitima Principal  
COLISAO MOTO A MOTO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

08 ABU 2010

Aparentemente Bem  Grave

Politraumatizado  Convulsao

Hemorragia  Disponencia

Diarreia  Agitado

Regular  Chocado

Vomito

Observacao

Vitima de politrauma de cera de  
cera - Vam encamadas de HETS+1

Sobremodo / aberto entro, para tra  
historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

elvies - Pavor - com exames pronto

Diagnostico

Conduta

Ex. Exp do Habs

Prescricao

Horario da medicacao

As Bloco 8/1h 4C+6

RD Janis

-----  
Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
1				
1				
1				
1				
1				
1				
1				

----- | Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

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 M



# 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



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

Num. 41471567 - Pág. 12



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento com valor fiscal.

Documento não é segundaria da conta.

Referência: impressa na parte de trás da fatura ou no extrato eletrônico - N° 028.333.126



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA BA  
Br 230, Km 25 - Cidade Industrial - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 33.095.133 / 0001-40 - Insc. Est. 14.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA  
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 06  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JUL/2019

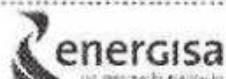
19/07/2019

168

26/07/2019

R\$ 150,11

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



JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA

Telefone: 12-005-282-0450

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

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
26/07/2019	R\$ 150,11	1698358-710-07-01



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

Num. 41471567 - Pág. 14



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

IM DE DINHEIRO  
P 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através do 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 022 022

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 82 83 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 04 04

de um dos números abaixo:

04 04

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 no endereço eletrônico:

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

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina a constituição de cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Esta cadastro deve conter, além da pessoa, 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 referido Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PAIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS NEGÓCIOS DE SEGUROS, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTERAGÊNCIA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILICITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

lece a Circular número 445/12,

GO-29636

que todas as Seguradoras são obrigadas a fornecer os documentos de identificação comprobatória.

enização do Seguro DPVAT, contudo, por

CAOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754-74

na qualidade de Procurador

a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Fabiane Daiva dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o nº

078.405.034-31

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Fabiane Daiva dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o nº 018.405.034-31 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

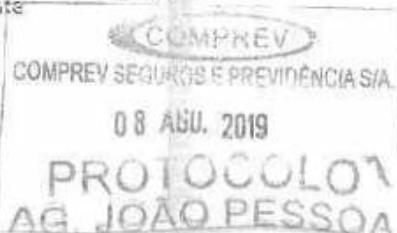
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço de comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração, no art. 239 do Código Penal,

endereço abaixo, anexando a cópia implicará na sanção penal prevista

Endereço: Rua Agente Fiscau José 6. Duarte Número: 15 Complemento: \_\_\_\_\_  
Bairro: Mangabeira Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58056-384  
E-mail: (31) 98663-4900

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

Assinatura do Declarante



DDRL001 V001/2017

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, André Borgesval da Silva,

RG nº 2307388, data de expedição 20/01/17,

Órgão SSPDB, portador do CPF nº 032.701.744-97, com domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Manoel Texeira 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

Edilson Góes dos Santos cujo o condutor era Edilson Góes dos Santos

Veículo: moto

Modelo: HONDA TITAN

Ano: 2006

Placa: MOC 4208

Chassi: 9C2KCC0820R834759

Data do Acidente: 05-05-19

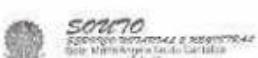
Local e Data: 09/01/2019 João Pessoa - PB



André Borgesval da Silva

Assinatura do Declarante

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



SELO DIGITAL  
SISTEMA DE AUTENTICAÇÃO  
ELETRÔNICA DA JUSTIÇA  
FEDERATIVA

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) firma(s) de: ANDRÉ BORGESVAL DA SILVA

Em test. da verdade, João Pessoa - PB 09/01/2019 11:46:17

José Francisco da Silva - Extravento

[2019-000575]EMOL:R9 W9,91 FAPENIN: 0,29 FEP/2019 1,98 ISS-PB

SELO DIGITAL: AHW99537-ERTA

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>





## CERTIDÃO

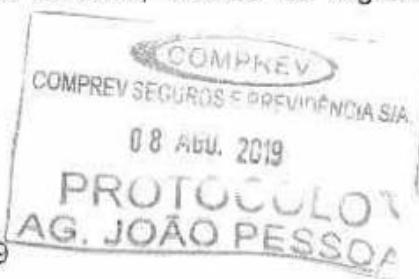
Nº. 0769/2019

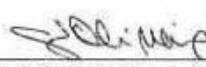
Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº 194280 e prontuário 2019.0.000049 pertencentes a **FABIANO 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, data 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: Feliciano Souza dos Santos Data da Admissão: 06/01/69  
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: Fratura de moto

HDA: Fratura de tibia e fíbula com deslocamento e luxação de joelho

Fratura de tibia e fíbula com deslocamento e luxação de joelho

Fratura de tibia e fíbula com deslocamento e luxação de joelho

Fratura de tibia e fíbula com deslocamento e luxação de joelho

Medicações em uso: \_\_\_\_\_

RECOMENDAÇÕES  
COMPREVISÃO DE RISCOS E PREVENÇÕES/A

08 AEU, 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

### Interrogatório Sintomatológico:

**Geral:** [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso \_\_\_\_\_ Kg em \_\_\_\_\_ [ ]Prurido [ ]Sudorese  
[ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros: \_\_\_\_\_

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

**Cabeça e PESCOÇO:** [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe  
[ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: \_\_\_\_\_ Visão: \_\_\_\_\_

**AR e ACV:** [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise  
[ ]Dispnéia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:** [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas  
[ ]Vômitos [ ]Dispêpsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume

**AGU:** [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria  
[ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: \_\_\_\_\_

**SME:** [ ]Dor \_\_\_\_\_ [ ]Rigidez pós-reposo [ ]Deformidades  
[ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos

**SN e PSQ:** [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade \_\_\_\_\_  
[ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor

[ ] HAS [ ] DM [ ] TB [ ] HEP [ ] Dislipidemia [ ] Diabetes [ ] Fumaça [ ]  
[ ] 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:

*fx exp a 1<sup>o</sup> 2<sup>o</sup> e 3<sup>o</sup> PDE e  
celo do MTCG  
fx de glaciaria (conservador) pelo tam  
fx a 4<sup>o</sup> 5<sup>o</sup> 6<sup>o</sup> MTCG*

Conduta:

*Ag Bloco pt h TLC +  
Glycolica 2g TLC +  
SAT 5000 US Jol.*

*Dr. Valdepan Carvalho Jr.  
Médico - CRM 2092  
CNS 206346920960018*

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

*+ Júnio*





## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Edilson Souza do Nascimento			Registro:		
Idade:	31	Sexo:	M	Cor:	Clinica	EMP:
Data:	07/01/19	Cirurgião:	Dr. Jânio	1º Assistente		
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentac:		
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:		

### **DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO**

Frx Exp de 1 PTC  
Frx do 2 e 3 PTC + Frx colo 4º MTC  
Frx da calvina da D  
Frx da 4 e 5 MTC

### **DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO**

Oncomiss

### **PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)**

HAC + desbastar

Acidente durante Ato Cirúrgico	1 ( ) Sim 2 ( ) Não	Descreva:
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:

Ab. retira da agulha de recto  
faz incisão DDH sobre a mucosa  
apóspraa + antiséptico  
remoção de comprimidos

### Incisão:

### Achados:

F& de folhage distal da IPIE  
com resti da Unha e ferão em  
região medial do pé (6)

### Conduta:

Residual da ML com  
SOLAS - 9 litros.  
Desbridado. Tendos de m  
colocados

### Fechamento:

Sutura de Aproximacão +  
Cerramento com gás de vaselinada +  
cola Boker + Taffy gomofar

### OBS:

8 d/cor + 8 fôrmas de acidente  
Realizado sonete 2 MC e 2 Timpão  
ff. Encançado difusamente (6)

Data: 01/01/10

Dr. Valdeban Carvalho Jr  
Médico CRM 7692  
03115501

MÉDICO/CRM

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>					
<i>Fratura de múltiplos metacarpos</i> CID <b>S623</b>					
<b>DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO</b>					
<i>O mesmo</i>					
<b>PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)</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: \_\_\_\_\_



DESCRÍÇÃO 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 sif 0,9%*

*Sutura com nylon 4.0*

*Curativo*

**Fechamento:**

**OBS:**

**Data:** 16 / 01 / 19

**MÉDICO/CRM**

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 5/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB





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

Num. 41471567 - Pág. 25

## 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 DEFÍCIT DE FORÇAS MOTORA DO OMBRO DIREITO, CICATRIZES CIRÚRGICAS NA MÃO E NO PÉ ESQUERDO, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE ARTICULAR E DEFÍCIT DE FORÇA MOTORA LEVE DA MÃO E ESQUERDA E DO PÉ ESQUERDO.

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MÃO ESQUERDA 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

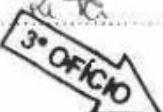
Outorgante: Fabiano Souza dos Santos, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão Periodista, residente e domiciliado à Rua Jornal Maximiano nº 21, bairro Taburi, Município de Santa Rita, Estado de (o) PB, Cep 58300-000, portador(a) do RG nº 3.121.591, SSP/PB e CPF nº 078.405.034-11

Outorgado: Alcione Souza Duarte, brasileiro(a), estado civil Casado, profissão adñe. Geógr., residente e domiciliado(a) à Rua Além da Escola nº 157, bairro Além da Escola, Município de Santa Rita, Estado de (o) PB, Cep 58300-384, portador (a) do RG nº 262.7718 SSP/ PB, e CPF nº 016.500.754-74

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) Sabrina Souza dos Santos, ocorrido em 03/01/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza invalido.

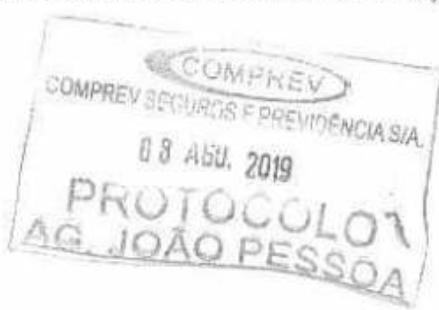
Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim 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

**CPF de:** Próprio

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

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

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

### 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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



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

Num. 41471567 - Pág. 28



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9<sup>a</sup> 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 Duto 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.joaoportoadvocados.com.br](http://www.joaoportoadvocados.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/04/2021 12:35:32  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040712353123400000039481668>  
Número do documento: 21040712353123400000039481668

Num. 41471569 - Pág. 1

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**

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 07/04/2021 12:35:32  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21040712353123400000039481668>  
Número do documento: 21040712353123400000039481668

Num. 41471569 - Pág. 2