



Número: **0839471-12.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **11ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.555,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
MARIVALDO DA SILVA FELIX (AUTOR)	PAULO ROBERTO DA SILVA ROLIM (ADVOGADO)
MAPFRE (REU)	

Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
34589 403	22/09/2020 10:34	<a href="#">2751099_CONTESTACAO_Anexo_02</a>



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, 01 de Junho de 2020

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200195255** Vítima: MARIVALDO DA SILVA FELIX

Data do Acidente: 11/06/2017 Cobertura: INVALIDEZ

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

**Senhor(a). MARIVALDO DA SILVA FELIX**

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 15821353



220 00361/00362 - carta 01 - INVAN IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 10:34:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009221034354210000033071695>  
Número do documento: 2009221034354210000033071695

Nº 34589403 - 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, 03 de Junho de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200195255      Vítima: MARIVALDO DA SILVA FELIX

Data do Acidente: 11/06/2017      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIVALDO DA SILVA FELIX

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. 00925/00926 - carta\_02 - INVALIDEZ



00030463

Carta nº 15828295



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 10:34:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092210343542100000033071695>  
Número do documento: 20092210343542100000033071695

Num. 34589403 - 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, 21 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200195255 Vítima: MARIVALDO DA SILVA FELIX

Data do Acidente: 11/06/2017 Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIVALDO DA SILVA FELIX**

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

R\$ 945,00

Recebedor: MARIVALDO DA SILVA FELIX

Valor: R\$ 945,00

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 00000109949-8

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.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



# **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: 3200195255

Nome do(a) Examinado(a): MARIVALDO DA SILVA FELIX

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Motorista José Pontes da Silva, 197, Indústrias

JOAO PESSOA Paraíba - CEP: 58083-507

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP/PB / Paraíba ] 3604266

Data local do acidente: [ 11/06/2017 ]

Data local do exame: [ 08/06/2020 ] JOAO PESSOA - Paraíba

## **Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**Fratura da mão direita (quarto metacarpo).**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: Realizado tratamento conservador com imobilização gessada.**

**Complicações: Não houve complicações neste caso.**

**Data da Alta: 30/08/2017**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**Ao exame físico apresenta deformidade na mão direita com discreta limitação de mobilidade e deficit de força motora.**

- 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 à qualquer medida terapêutica)

**(X) Sim** **( ) Não**

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

**Apresenta deformidade, discreta limitação de mobilidade e deficit de força motora da mão direita.**

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"**

*(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):

**Mão - Direito**

% do dano: **(X) 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):

% 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.

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



João Bartolomeu Pinto Rabelo

CPF - 45681465420  
CRM - Paraíba - 4518



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 10:34:35  
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2009221034354210000033071695  
Número do documento: 2009221034354210000033071695

Num. 34589403 - Pág. 4



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASL:		CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
0292806 / 19		550.605.084-35	Marivaldo da Silva Felix	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: <i>Marivaldo da Silva Felix</i> Profissão: <i>Autônomo</i> Endereço: <i>Rua Cidade de Monte Honebe</i> Número: <i>193</i> Complemento: _____ Bairro: <i>Cidade Verde</i> Cidade: <i>José Pessoa</i> Estado: <i>PB</i> CEP: <i>58000-000</i> E-mail: <i>valre.dpvat@gmail.com</i> Tel.(DDD): <i>(83)99855-5088</i>				
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
<b>RENDIMENTO MENSAL:</b> <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00				
<b>DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA</b> <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____				
AGÊNCIA: <i>1033</i> CONTA: <i>509949</i> 8 <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>				
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>				
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.				
<b>DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b> 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):				
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.				
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, 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.				
<b>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</b> Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data do óbito da vítima:				
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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, <i>Januário Ferreira 26-08-2019</i> Nome: _____ CPF: _____				
(*) Assinatura de quem assina A ROGO <i>MARIVALDO DA SILVA FELIX</i> 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 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



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



POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA

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

### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09570.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09570.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:10 horas do dia 21 de agosto 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 Rochelle Bezerra Rocha, Agente de Investigação, matrícula 1820354, ao final assinado, compareceu Marivaldo da Silva Felix, CPF nº 110.605.084-35, nacionalidade brasileira, filho(a) de Maria de Fatima Gomes da Silva e Marinaldo Felix da Silva, natural de Patos/PB, nascido (a) em 13/04/1986 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Cidade de Monte Horebe, Nº 193, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Supermercado Aquarius, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98789-6678.

#### Dados do(s) Fatos:

Local: Cidade Verde, João Pessoa/PB, bairro Bairro das Indústrias; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/06/17 17:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

#### E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE TRÂNSITO (COLISÃO MOTO X MOTO) QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/NXR 125 BROS ES, COR LARANJA, DE PLACA OGB-2635/PB, CHASSI 9C2JD2320DR003236, DE PROPRIEDADE DO SENHOR JHONATA ALVES DA SILVA; QUE O NOTICIANTE/VÍTIMA SOFREU LESÕES DEVIDO AO CHOQUE COM OUTRA MOTOCICLETA, SENDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO, PELOS BOMBEIROS, AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA; QUE ESTE HOSPITAL EMITIU LAUDO MÉDICO, ASSINADO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB; QUE CONSTA NO LAUDO MÉDICO O CID 10 S62.3; QUE DEPOIS FOI ENCAMINHADO AO COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY, ONDE O REFERIDO HOSPITAL EMITIU CERTIDÃO DE NÚMERO 1051/2017, ASSINADA PELA MÉDICA CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM 3137/PB; QUE NESTE HOSPITAL FOI EVIDENCIADO FRATURA DE 4º METACARPO DA MÃO DIREITA; QUE O NOTICIANTE FOI ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA A FIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO, FICANDO DESDE JÁ CIENTE E ORIENTADO DE QUE DEVE COMPARECER A DELEGACIA DA ÁREA PARA QUE O PROCEDIMENTO CABÍVEL SEJA INSTAURADO.

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.



*[Signature]*

Procedimento Policial: 09570.01.2019.1.00.401

1/2



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



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA

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



João Pessoa/PB, 21 de agosto de 2019.

MARIVALDO DA SILVA FELIX  
MARIVALDO DA SILVA FELIX  
Noticiante



Procedimento Policial: 09570.01.2019.1.00.401

2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 10:34:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092210343542100000033071695>  
Número do documento: 20092210343542100000033071695

Num. 34589403 - Pág. 7



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



POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA



GOVERNO  
DA PARAÍBA

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 09570.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 09570.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:10 horas do dia 21 de agosto 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 Rochelle Bezerra Rocha, Agente de Investigação, matrícula 1820354, ao final assinado, compareceu **Marivaldo da Silva Felix**, CPF nº 110.605.084-35, nacionalidade brasileira, filho(a) de Maria de Fatima Gomes da Silva e Marinaldo Felix da Silva, natural de Patos/PB, nascido (a) em 13/04/1986 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Cidade de Monte Horebe, Nº 193, bairro Bairro das Indústrias, tendo como ponto de referência Supermercado Aquarius, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98789-6678.

#### Dados do(s) Fatos:

Local: Cidade Verde, João Pessoa/PB, bairro Bairro das Indústrias; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/06/17 17:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

#### E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE FOI VÍTIMA DÉ UM ACIDENTE DE TRÂNSITO (COLISÃO MOTO X MOTO) QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/NXR 125 BROS ES, COR LARANJA, DE PLACA OGB-2635/PB, CHASSI 9C2JD2320DR003236, DE PROPRIEDADE DO SENHOR JHONATA ALVES DA SILVA; QUE O NOTICIANTE/VÍTIMA SOFREU LESÕES DEVIDO AO CHOQUE COM OUTRA MOTOCICLETA, SENDO SOCORRIDO E ENCAMINHADO, PELOS BOMBEIROS, AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA; QUE ESTE HOSPITAL EMITIU LAUDO MÉDICO, ASSINADO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB; QUE CONSTA NO LAUDO MÉDICO O CID 10 S62.3; QUE DEPOIS FOI ENCAMINHADO AO COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY, ONDE O REFERIDO HOSPITAL EMITIU CERTIDÃO DE NÚMERO 1051/2017, ASSINADA PELA MÉDICA CHRISTINE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM 3137/PB; QUE NESTE HOSPITAL FOI EVIDENCIADO FRATURA DE 4º METACARPO DA MÃO DIREITA; QUE O NOTICIANTE FOI ENCAMINHADO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO; QUE VEIO A ESTA DELEGACIA A FIM DE QUE O FATO FIQUE REGISTRADO, FICANDO DESDE JÁ CIENTE E ORIENTADO DE QUE DEVE COMPARÉCER A DELEGACIA DA ÁREA PARA QUE O PROCEDIMENTO CABÍVEL SEJA INSTAURADO.

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.



*AB*

Procedimento Policial: 09570.01.2019.1.00.401

1/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 10:34:35

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092210343542100000033071695>

Número do documento: 20092210343542100000033071695

Num. 34589403 - Pág. 8

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



**POLÍCIA  
CIVIL  
PARAÍBA**



**GOVERNO  
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social



João Pessoa/PB, 21 de agosto de 2019.

MARIVALDO DASILVA FELIX  
MARIVALDO DA SILVA FELIX  
Noticiante



Procedimento Policial: 09570.01.2019.1.00.401

2/2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 10:34:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092210343542100000033071695>  
Número do documento: 20092210343542100000033071695

Num. 34589403 - Pág. 9



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro ou ASL:		CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
0292806 / 19		310.605.084-35	Marivaldo da Silva Felix	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo: <i>Marivaldo da Silva Felix</i> Profissão: <i>Autônomo</i> Endereço: <i>Rua Cidade de Monte Honebe</i> Número: <i>193</i> Complemento: _____ Bairro: <i>Cidade Verde</i> Cidade: <i>José Pessoa</i> Estado: <i>PB</i> CEP: <i>58000-000</i> E-mail: <i>valre.dpvat@gmail.com</i> Tel.(DDD): <i>(83)99888-5088</i>				
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).				
<b>RENDIMENTO MENSAL:</b> <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00				
<b>DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA</b> <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____				
AGÊNCIA: <i>1033</i> CONTA: <i>309949</i> 8 <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>				
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ <small>(Informar o dígito se existir)</small> <small>(Informar o dígito se existir)</small>				
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.				
<b>DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE</b> 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):				
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.				
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, 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.				
<b>DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE</b> Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data do óbito da vítima:				
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:				
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles 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, <i>26/08/2019</i> Nome: _____ CPF: _____				
TESTEMUNHAS 1º   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura _____				
2º   Nome: <i>26 AGO. 2019</i> CPF: _____ Assinatura _____				
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 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



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

Ficha Nr: 36483 Atd: Nao Regulad  
Data: 11/06/2017  
Hora: 21:52:54  
Repcionista: IVANA MARTINS DO NASCI  
Clinica: ORTOPEDIA

## DADOS DO PACIENTE

Nome: MARINALDO DA SILVA FELIX Num. de vezes atendido: 1  
CNS: 706400691095582 Sexo: M IDENTIDADE: 3604266 Fone: 986364702

Natural: PATOS/PB Data Nasc.: 13/04/1986 Idade: 31 ano(s)  
End.: RUA CIDADE DE MONTE HOREBE, 193

Bairro: INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: MARIA DE FATIMA GOMES DA SILVA Pai: MARINALDO FELIX DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SERRALHEIRO SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: MARINALDO DA SILVA FELIX

TeleDoc. Responsavel: 986364702 / IDENTIDADE: 3604266

Localizacao: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO-MOTO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

## PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemias: IMC:

Circ. Abd: 02%

## CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Fixa Principal

Encontrado pela Parturicão

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

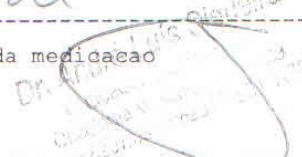
Diagnostico

Conduta

Fixa ANC Mto Dolor

Prescricao

Horario da medicacao



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

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

CLIENTE: MARIVALDO DA SILVA FELIX

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000109949-8

---

Nr. da Autenticação 3E86DE3F0CA256C4



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 10:34:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092210343542100000033071695>  
Número do documento: 20092210343542100000033071695

Num. 34589403 - Pág. 12

## BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda-via da conta.

Boleto para simples pagamento da conta faturada de energia elétrica - Nº 028.551.557



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

### DADOS DO CLIENTE

JOSE ROBERTO PEREIRA DE LIMA  
RUA CIDADE DE MONTE HOREBE 193 CIDADE VERDE  
JOAO PESSOA

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1103028-5

#### REFERÊNCIA

JUL/2019

#### APRESENTAÇÃO

24/07/2019

#### CONSUMO

164

#### VENCIMENTO

31/07/2019

#### TOTAL A PAGAR

R\$ 148,89

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

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 19/08/2019

Pagador: JOSE ROBERTO PEREIRA DE LIMA CNPJ/CPF: 928.090.734-49

RUA CIDADE DE MONTE HOREBE 193 CIDADE VERDE - DAS INDUSTRIAS - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120004283544	001103028201907	31/07/2019	R\$ 148,89	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/7155-2

(63)99851-5088



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 10:34:35

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092210343542100000033071695>

Número do documento: 20092210343542100000033071695

Num. 34589403 - Pág. 13



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente <b>MARIVALDO DA SILVA FELIX</b>	BAE 1006661	Data/Hora Entrada 11/06/2017 17:10:43	Data Baixa
Data de nascimento 13/04/1986	Idade 31	Sexo Masculino	CNS 898004670274165
Mãe <b>MARIA DE FATIMA GOMES DA SILVA</b>			Prontuário
Endereço <b>CIDADE DE MONTE HOREBE, 193</b>	Bairro <b>INDÚSTRIAS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>STEFFERSON PINHEIRO DINIZ</b>	Nº Cons. Regional <b>5762/PB</b>
Data/Hora Classificação 11/06/2017 17:10:43		Data/Hora Prescrição 11/06/2017 21:08:26	

**Anamnese**

PACIENTE APÓS QUEDA DE MOTO APRESENTA FRATURA FECHADA DE 4 METACARPO DIREITO COM DESVIO; CD: CONFORME PACTUAÇÃO, ENCAMINHO PACIENTE PARA ORTOTRAUMA PARA TRATAMENTO CIRURGICO.

STEFFERSON PINHEIRO DINIZ  
(5762/PB)

MARIVALDO DA SILVA FELIX





Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>MARIVALDO DA SILVA FELIX</b>	BAE 1006661	Data/Hora Entrada 11/06/2017 17:10:43	Data Baixa
Data de nascimento 13/04/1986	Idade 31	Sexo Masculino	CNS 898004670274165
Mãe <b>MARIA DE FATIMA GOMES DA SILVA</b>	Prontuário		
Endereço <b>CIDADE DE MONTE HOREBE, 193</b>	Bairro <b>INDÚSTRIAS</b>	Município <b>JOAO PESSOA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>MOTO X MOTO</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>RAFAEL MOURATO INACIO DA SILVA</b>	Nº Cons. Regional <b>8795/PB</b>
Data/Hora Classificação 11/06/2017 17:10:43	Data/Hora Prescrição 11/06/2017 17:38:35		

### Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO EM VIA PÚBLICA A 40KM/HORA SEM CAPACETE, DEU ENTRADA TRAZIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS. ENCONTRADO AO SOLO, NEGA PERDA DE COSCIÊNCIA, NÁUSEA, VÔMITOS. MANTEVE-SE ESTÁVEL SEGUNDO SOCORRISTA NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR. QUEIXA-SE DE DOR EM PELVE À DIREITA E EM MÃO DIREITA, ONDE HÁ SUSPEITA DE FRATURA DE QUIRODÁCTILO. A - VIA AÉREA PERVIA SEM COLAR OU PRANCHA B MV + SIM BILAT SRA FC 16IRPM C - BCRNF SS PULSOS CHEIOS E SIMÉTRICOS. FC 75 MBP D - ECG = 15 PUPILAS ISOCÓRICAS FOTORREAGENTES E - ABRASÕES EM FACE, MÃOS, JOELHO ESQUERDO, PERNA DIREITA. CONDUTA: 1 - RX DE TÓRAX AP 2 - RX DE MÃO D AP + OBLÍQUA 3 - SOLICITO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA 4 - LIMPEZA DOS FERIMENTOS

### DIETA

DIETA ZERO, VIA NENHUMA

### MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO, ADMINISTRAR 1000,0 ML VIA E.V., 1X AO DIA, DURANTE 24 HORA(S)

### EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL DIREITA

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

RADIOGRAFIA DE MAO DIREITA

RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLÍQUA)

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

### CID10

Código

Descrição

V22.2

Motociclista traumatizado em colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas - motociclista não especificado traumatizado em acidente não-de-trânsito



### Conduta

Em observação

Dr. Rafael Mourato  
Médico Cirurgião  
CRM-PE 120.721  
CRM-PB 15728

RAFAEL MOURATO INACIO DA SILVA



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome : <b>MARIVALDO DA SILVA FELIX</b>		Prontuário
Data de 13/04/1986	Nº Boletim Emergência 1006661	
Material a examinar		
<b>EXAME DE IMAGEM</b>		
RADIOGRAFIA DE BACIA RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL DIREITA RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA RADIOGRAFIA DE MAO DIREITA RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO (AP + LATERAL + OBLIQUE) RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)		

R.A.: 03-X  
M/ 0617  
A: 12  
EC RAD.  
LUS COR  
S



Rafael Mourato  
Dr. Medicina 20.721  
CRM-PB 8195  
CRM-PB

11 de Junho de 2017

Assinatura e Carambo do Profissional

\*Procederá-se à captação da imagem e tabelação após efetivação



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

Ficha Nr: 36483 Atd: Nao Regulad  
Data: 11/06/2017  
Hora: 21:52:54  
Repcionista: IVANA MARTINS DO NASCI  
Clinica: ORTOPEDIA

## DADOS DO PACIENTE

Nome: MARINALDO DA SILVA FELIX Num. de vezes atendido: 1  
CNS: 706400691095582 Sexo: M IDENTIDADE: 3604266 Fone: 986364702

Natural: PATOS/PB Data Nasc.: 13/04/1986 Idade: 31 ano(s)  
End.: RUA CIDADE DE MONTE HOREBE, 193

Bairro: INDUSTRIAS Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: MARIA DE FATIMA GOMES DA SILVA Pai: MARINALDO FELIX DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SERRALHEIRO SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: MARINALDO DA SILVA FELIX

TeleDoc. Responsavel: 986364702 / IDENTIDADE: 3604266

Localizacao: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO-MOTO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

## PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemias: IMC:

Circ. Abd: 02%

## CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

[ ] Diarreia [ ] Agitado

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

Fixa Principal

Encontrado pela Parturicão

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Parturicão 12 de 4º ntc sem  
milkos ou coceira

Prescricao

Horario da medicacao

Dia 12/06/2019  
08:00h  
DIA 13/06/2019  
08:00h  
DIA 14/06/2019  
08:00h



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

| Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

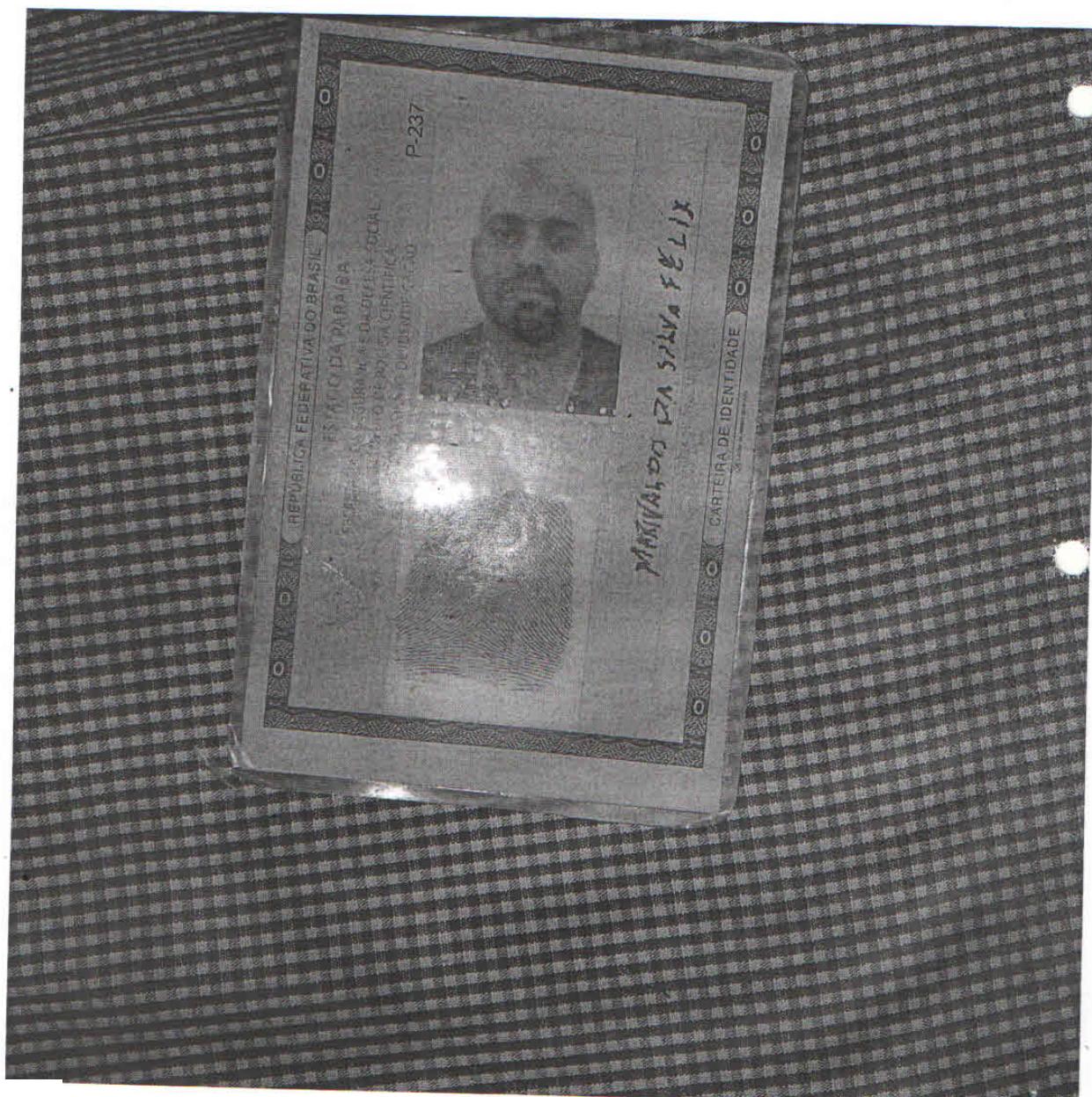
<input type="checkbox"/> Residencia	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Desistencia	<input type="checkbox"/> UTI
<input type="checkbox"/> Alta a pedido	<input type="checkbox"/> Enfermaria	Obito: <input type="checkbox"/> Atestado	<input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> IML

*Suelio Moreira Torres*

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





RHQUD-2019-08-23-09-10-51.jpg

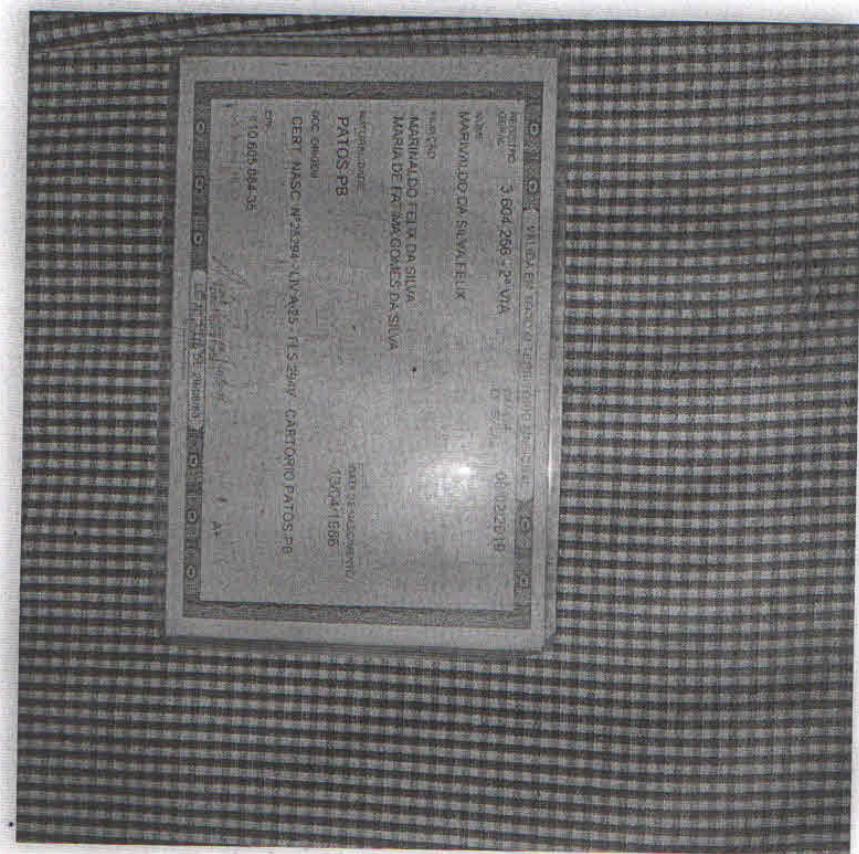
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 10:34:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092210343542100000033071695>  
Número do documento: 20092210343542100000033071695



Num. 34589403 - Pág. 19

23/08/2019

(sem assunto) - nome.dpval@gmail.com - Gmail



<https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm#inbox/FFMfcgxwDqnmHQqppThsMPicxWMNsgrkDv?projector=1&messagePartId=0.9>

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 10:34:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092210343542100000033071695>  
Número do documento: 20092210343542100000033071695

Num. 34589403 - Pág. 20

## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200195255      **Cidade:** João Pessoa      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIVALDO DA SILVA FELIX      **Data do acidente:** 11/06/2017      **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

### PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da mão direita (quarto metacarpo).

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico apresenta deformidade na mão direita com discreta limitação de mobilidade e deficit de força motora.

**Resultados terapêuticos:** Houve consolidação da fratura do metacarpo, porém resultou em deformidade ao nível do quarto metacarpo, discreta limitação da mobilidade do quarto raio da mão direita com perda de força motora.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO(A) MÃO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 08/06/2020

**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
<b>Total</b>			<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</b>



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 10:34:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092210343542100000033071695>  
Número do documento: 20092210343542100000033071695

Num. 34589403 - Pág. 21

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0292806/19

**Vítima:** MARIVALDO DA SILVA FELIX

**CPF:** 110.605.084-35

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/06/2017

**Titular do CPF:** MARIVALDO DA SILVA  
FELIX

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

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

**MARIVALDO DA SILVA FELIX : 110.605.084-35**

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: 26/08/2019  
Nome: MARIVALDO DA SILVA FELIX  
CPF: 110.605.084-35

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/08/2019  
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA  
CPF: 614.058.096-04

MARIVALDO DA SILVA FELIX

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110999/20

**Vítima:** MARIVALDO DA SILVA FELIX

**CPF:** 110.605.084-35

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/06/2017

**Titular do CPF:** MARIVALDO DA SILVA  
FELIX

**Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**MARIVALDO DA SILVA FELIX : 110.605.084-35**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/04/2020  
Nome: MARIVALDO DA SILVA FELIX  
CPF: 110.605.084-35

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/04/2020  
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO  
CPF: 114.261.744-03

MARIVALDO DA SILVA FELIX

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/09/2020 10:34:35  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20092210343542100000033071695>  
Número do documento: 20092210343542100000033071695

Num. 34589403 - Pág. 23