



Número: **0822450-57.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOELSON DE LIMA COSTA (AUTOR)	FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO (ADVOGADO)
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)	

**Documentos**

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
34973 818	01/10/2020 09:48	<a href="#"><u>2754661_CONTESTACAO_Anexo_02</u></a>	Outros Documentos

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: JOELSON DE LIMA COSTA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02105-9

CONTA: 000000024277-2

---

Nr. Autenticação

BRADESCO10122018050000000002370210500000024277168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 09:48:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100109483331900000033427525>  
Número do documento: 20100109483331900000033427525

Num. 34973818 - Pág. 1

## DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica. N° 009.188.509



Luz, Imaginação, Realização  
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 236, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-480  
CNPJ 09.095.183 / 0001-60 Insc. Est. 10.015.823-0

### DADOS DO CLIENTE

SEVERINA RODRIGUES LIMA  
RUA JAIME LACET 126  
SANTA RITA

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/122248-8

#### REFERÊNCIA

JUL/2018

#### APRESENTAÇÃO

11/07/2018

#### CONSUMO

149

#### VENCIMENTO

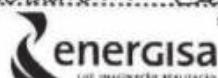
18/07/2018

#### TOTAL A PAGAR

R\$ 102,57

Odilandia - Cap: 58.300 - 000 (Ag)

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



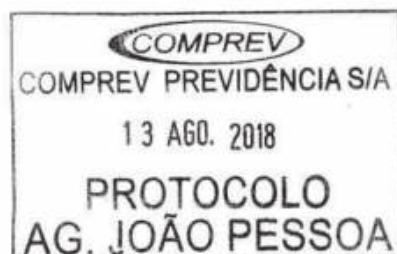
SEVERINA RODRIGUES LIMA

Roteiro: 04-009-872-4840

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 27/07/2018

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
18/07/2018	R\$ 102,57	122248-2018-07-3

(83) 99815-5088.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 09:48:33

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010010948331900000033427525>

Número do documento: 2010010948331900000033427525

Num. 34973818 - Pág. 2

# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda-via de conta.  
Boleto paga simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - Nº 008.823.581



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.098.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE  
RUA FRANCISCO LEOCAPIO RIBEIRO COUTINHO 201 SL 208  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1082314-4

REFERÊNCIA  
JUN/2018

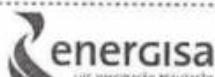
APRESENTAÇÃO  
26/06/2018

CONSUMO  
150

VENCIMENTO  
03/07/2018

TOTAL A PAGAR  
R\$ 144,47

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



DESTAQUE AQUI

DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE

Rotelro: 15-006-213-1150  
83610000001-4 44470149000-5 10823142018-4 06100006019-6

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MATRÍCULA  
03/07/2018 R\$ 144,47 1082314-2018-06-1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 09:48:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=201001094833190000033427525>  
Número do documento: 201001094833190000033427525

Num. 34973818 - Pág. 3



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Suelio de Araujo nobre leite inscrito (a) no CPF 021.469.169-131, na qualidade de Procurador (a) / Intermédio (a) do Beneficiário Tirolson de Lima Costa inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.060.484-66, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Tirolson de Lima Costa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.060.484-66, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_

COMPROVAR PREVIDÊNCIA S/A  
represento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Rua Francisco Leocádio Ribeiro Coutinho	Número	201	Complemento	52208
Bairro	Bessa	Cidade	João Pessoa	Estado	PB
Email	sueli.dpvat@gmail.com	Telefone comercial(DDD)	(83)99811-5088	Telefone celular (DDD)	(83)99811-5088

João Pessoa, 09 de Agosto de 2018  
Local e Data

Suelio de Araujo nobre leite  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rafael de melo costas,

RG nº 7.585.152, data de expedição 06/04/2018

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 967.166.869-10, com  
domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Juazeiro, nº 40,

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 Jelson de Lima Costa, cujo o condutor era Jelson de Lima Costa.

Veículo: Fiat matoack 1.0ea Aplic.

Modelo: Y4maha 14BR D25 FACTORY

Ano: 2013/2019

Placa: 0EF9913/PB

Chassi: 9C6KE3910E0000339

Data do Acidente: 11/03/2018

Local e Data: João pessoa, PB 09 de Agosto de 2018

Rafael de melo costas

Assinatura do Declarante

Jelson de Lima Costa

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



Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:  
JOELSON DE LIMA COSTA  
En test da verdade. Santa Rita-PB 11/04/2018 09:42:55  
Alexsandro Rolim Dantas - Escrevente  
[2018-001178]EMOL:R\$ #9,48 FARPN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 4,90 ISS:R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: AGF59283-EPSE  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Alexsandro Rolim /  
Escrevente Autorizado



Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:  
RAFAEL DE MELO CARLOS  
En test da verdade. Santa Rita-PB 12/04/2018 10:45:34  
Alexsandro Rolim Dantas - Escrevente  
[2018-001203]EMOL:R\$ #9,48 FARPN:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 2,90 ISS:R\$ 0,47  
SELO DIGITAL: AGF59347-SK04  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



Alexsandro Rolim /  
Escrevente Autorizado



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Rafael de melo carlos,

RG nº 7.585.152, data de expedição 06/04/2018

Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 967.166.869-10 com  
domicílio na cidade de Santa Rita, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

José da Costa, nº 40,

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 Joelson de Lima Costa, cujo o condutor era

Joelson de Lima Costa.

Veículo: Foto motocicleta Honda CG.

Modelo: Honda CG 150 FAN ES1

Ano: 2012/2012

Placa: OF06J66/PB

Chassi: 9C2KC3640CRG02306

Data do Acidente: 11/03/2018

Local e Data: jardim prado, PB 09 de Agosto de 2018

Rafael de melo carlos

Assinatura do Declarante

Joelson de Lima Costa

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

2º OFÍCIO DE NOTAS - REGISTRO DE IMÓVEIS  
SANTA RITA - PARAÍBA  
RUA SÃO JOSÉ CAMPOS, 53 - CENTRO - SANTA RITA - PB - FONE: (83) 3225-4000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....  
JOELSON DE LIMA COSTA\*\*\*\*\*

Em test. da verdade. Santa Rita-PB 11/04/2018 09:42:55

Alexandro Rolim Dantas - Escrivente

[2018-001178]EMOL:R\$ 9,48 FARPEM:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: AGP59283-EPSE

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

Alexandro Rolim Dantas  
Escrivente Autorizado



2º OFÍCIO DE NOTAS - REGISTRO DE IMÓVEIS  
SANTA RITA - PARAÍBA  
RUA SÃO JOSÉ CAMPOS, 53 - CENTRO - SANTA RITA - PB - FONE: (83) 3225-4000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....  
RAFAEL DE MELO CARLOS\*\*\*\*\*

Em test. da verdade. Santa Rita-PB 12/04/2018 10:45:54

Alexandro Rolim Dantas - Escrivente

[2018-001203]EMOL:R\$ 9,48 FARPEM:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: AGP59347-SKB4

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



Alexandro Rolim Dantas  
Escrivente Autorizado



102

## CERTIDÃO

Nº. 0942/2018

Atendendo solicitação de **JOELSON DE LIMA COSTA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº110432 e Prontuário de Nº 2018.03.001831, pertencentes ao requerente que foi atendido dia 12/03/2018 às 18H15min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em membro inferior direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de maléolo lateral direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 14/03/2018 com alta médica dia 16/03/2018.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araujo Barbosa , Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 13 de Julho de 2018

Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 3533



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA Ficha Nr: 110432 Attd: Nao Regul  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY Data: 12/03/2018  
RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 18:15:18  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980 Recepctionista: JUSSARA MANUELA BENT  
FAX: ( ) - CNPJ: Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1  
Nome: JOELSON DE LIMA COSTA Num. Prontuario: 2018.03.001831

CNS: 206297535840000 Sexo: M IDENTIDADE: 2907599 Fone: 986252731

Natural: IGARASSU/PE Data Nasc.: 17/12/1985 Id: 32 ano(s)

End.: RUA IRMA MARIANA,286

Bairro: VILA TIBIRI Cidade: SANTA RITA UF :PB

Mae: MARIA DA SOLEDADE DE LIMA COSTA Pai: JOSE LUCIANO DA COSTA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MOTORISTA (FORA EXCECOES) Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:

Resp.: O MESMO

Tel/Doc. Responsavel: 0 / SEM DOCUMENTO: SD

Residencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO (COPNDUTOR) ONTEM AS 16HS

Vitima de violência por: \*S.RITA-PROX.PROX. A BARRAGEM

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: **COMPREV**

		CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO	
PA:	FR:	COMPREV PREVIDENCIA S/A	Aparentemente Bem [ ] Grave
FC:	TP:	13 AGO. 2018	[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao
Peso:	Altura:		[ ] Hemorragia [ ] Dispneia
Glicemia:	IMC:	PROTÓCOLO	[ ] Diarreia [ ] Agitado
Circ. Abd:	02%	AG. JOÃO PESSOA	[ ] Regular [ ] Chocado
			[ ] Vomito

Queixa Principal

Q: DA DE MOTO HA 1 DIA COM TRAUMA EM MID  
ENMINHADO DA CENTRAL DE FRATURA NEGA DESMAIO SIC

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Kle. Os. dor e ede TH2 dor  
após ac. de moto.

Diagnóstico: frct. de pedejo pedal | Conduta

Prescrição | Horário da medicacão

Dr. Suelio Moreira Torres  
Médico  
CRM 10933-PB

12 MAR 2018



## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Joelson de Souza Lobo</u>		Data da Admissão: <u>12/03/18</u>
Prontuário:	Idade: <u>32</u>	Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____		
Endereço: _____	Bairro: _____	Profissão: _____
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____
Sexo: F( ) M( )	Cor: _____	Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____		Data de Nascimento <u>/ /</u>
QPD: <u>Doenças crônicas agudas</u>		
HDA: <u>Possui diabetes mellitus de leitura de frutas apresentando exaure, hiperidose e fadiga de sono. Sem perda de P.</u>		
<p style="text-align: center;"><b>COMPREV</b> COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 13 AGO. 2018</p> <p style="text-align: center;"><b>PROTÓCOLO</b> <b>AG. JOÃO PESSOA</b></p>		
Medicações em uso: _____		
<b>Interrogatório Sintomatológico:</b>		
<b>Geral:</b> [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso _____ Kg em _____ [ ]Prurido [ ]Sudorese [ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros: _____		
<b>Pele:</b> _____		
<b>Cabeça e PESCOÇO:</b> [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe [ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: _____ Visão: _____		
<b>AR e ACV:</b> [ ]Dor _____ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise [ ]Dispneia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema _____ Outros: _____		
<b>ABD:</b> [ ]Dor _____ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas [ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume		
<b>AGU:</b> [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria [ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: _____		
<b>SME:</b> [ ]Dor _____ [ ]Rigidez pós-reposo [ ]Deformidades [ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos		
<b>SN e PSQ:</b> [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade _____ [ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor		

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



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

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

Cirurgias: [ ]HTF

[ ]HAS [ ]DM [ ]TB [ ]HEP [ ]Dislipidemia [ ]Banho de Rio [ ]Casa de Taipa \_\_\_\_\_

[ ]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: \_\_\_\_\_

13 AGO. 2018

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

PROTOCOLO

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

AG. JOÃO PESSOA

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

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

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

Resultados de Exames Complementares: *Previd. fct. em molde med. 00*Hipóteses Diagnósticas: *fct. ole pedido med. 00*Conduta: *Intervagi p/ to limpo.*

Bruno P. Pacheco  
Advogado  
16533-PB

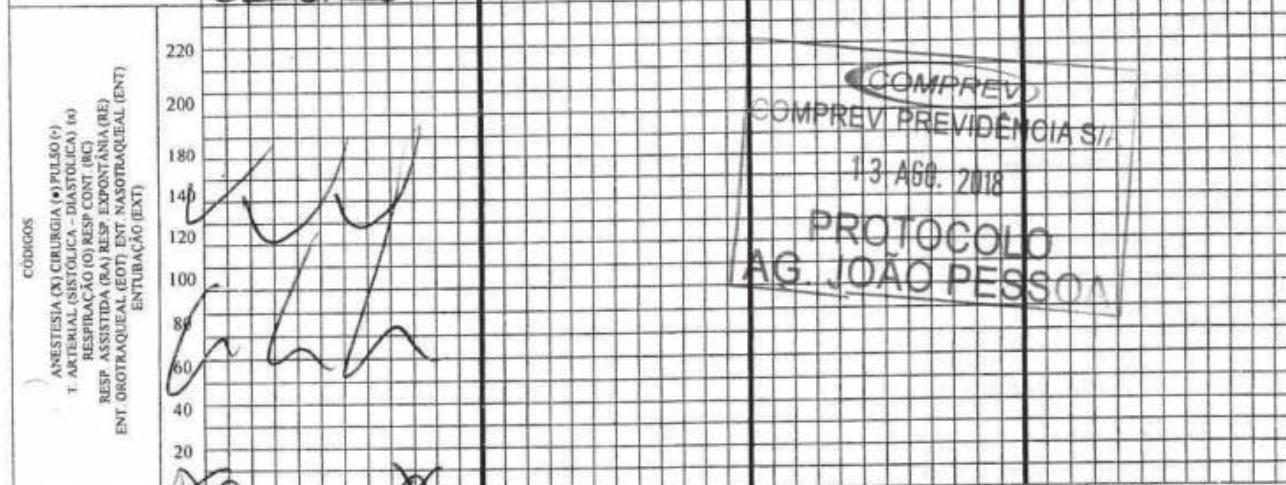




## FORMULÁRIO DE ANESTESIA

NOME		Johnson Ciria Costa				DATA		14/03/18	
ESTADO CIVIL		Solt. <input type="checkbox"/> Cãs. <input type="checkbox"/> Vuv. <input type="checkbox"/> Desq. <input type="checkbox"/>	SEXO	Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	COR	BR <input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/>	PROFISSÃO	IDADE	
ENDERECO		Av. (Rua)				CATEGORIA 821			
HOSPITAL		ORTOTRAUMA							
AIH <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> MAT <input type="checkbox"/> COD <input type="checkbox"/> INSC <input type="checkbox"/> GIH <input type="checkbox"/>		OUTRAS <input type="checkbox"/>				→			
DIAGNÓSTICOS FRACTURA TORNÁZEO									
OPERAÇÃO REALIZADA TRATAMENTO CLAVÍCULA									
CIRURGÃO Dr. Odair		AUXILIAR							
INÍCIO ANESTESIA 18:50		TÉRMINO DA ANESTESIA 19:40		DURAÇÃO DA ANESTESIA 50'					
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO EVERARDO ANDRADE		QUANT. DE US (PONTOS)		VALOR R\$		CRM-PB 3664			

HORA	18:50	CPF	
AGENTE			



PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RRESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGUÍNIO
EST. GERAL	BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> PÉSSIMO <input type="checkbox"/>		RISCO CIRÚRGICO	BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> PÉSSIMO <input type="checkbox"/>	

EXAMES COMPLEMENTARES

PRÉ ANESTÉSICO

EXAMES COMPLEMENTARES

ANESTESIA GERAL  RAQUIDIANA  EPIDURAL  BLOQ. PLEXO  BLOQ. NERVOS  OUTROS

TÉCNICA Parafuso L6/L7, AGULHA 26 (DESCARTAR) LCR-líquido - 2 ml

## MEDICAMENTOS GASTOS NO ATO ANESTÉSICO

1 Bupivacaina 0,5% - 3 ((PESADA → FALOU))	S. Ringer	1500 ml
2 Mevacaina 0,5% - 3 ml		7
3 Primoril 0,05 mg		8
4 Etomidol 20 mg		9
5 Dexoxicano 10 mg		10

OBSERVAÇÕES

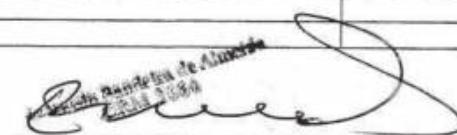


### FICHA DE ADMISSÃO DA SRPA

Paciente: \_\_\_\_\_ Pront.: \_\_\_\_\_ Data: 14/03/18  
 Hora da admissão: \_\_\_\_\_ Hora da alta: 21:00 Enfermeiro: \_\_\_\_\_  
 PA. na admissão: \_\_\_\_\_ PA. na alta: \_\_\_\_\_ Téc. Enf.: \_\_\_\_\_

PARÂMETROS	PONTOS	ADMISSÃO	1 H	2 H	3 H
<b>CONSCIÊNCIA</b>					
ACORDADO	2	2	2	2	
RESPONDENDO AO CHAMADO	1				
NÃO RESPONDENDO	0				
<b>RESPIRAÇÃO</b>					
CAPACIDADE DE PROFUNDAMENTE OU TOSSIR RESPIRAR	2	2	2	2	
DISPNEIA	1				
APNÉIA	0				
<b>CIRCULAÇÃO</b>					
PA VARIANDO ATÉ 20% DO NÍVEL HABITUAL	2	2	2	2	
PA VARIANDO DE 20% A 50% DO NÍVEL HABITUAL		COMPREV COMPREV PREVIDÊNCIA S/A			
PA SUPERIOR A 50% DO NÍVEL HABITUAL	0	13 AGO. 2018			
<b>ATIVIDADE MUSCULAR</b>		PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA			
MOVIMENTO MUSCULAR DAS EXTREMIDADES	4			2	
MOVIMENTO MUSCULAR DE EXTREMIDADES	2	1			
AUSÊNCIA DE MOVIMENTO	0				
<b>COLORAÇÃO DA PELE</b>					
ROSADO, QUENTE	2	2	2	2	
PALIDO, TERROSO, ICTÉRICO	1				
CIANÓTICO	0				
<b>TOTAL</b>					

INTERCORRÊNCIAS	MEDICAÇÃO	HORÁRIO	ASSINATURA



Anestesiologista



*Dr .Anuar Murad Filho*

*Clínica Médica*

*C.R.M-PB : 8.742*

**LAUDO MÉDICO :**

O paciente Joelson de Lima Costa é portador do CID : S 82 + M 65 apresentando dor crônica, acompanhado de limitação nos movimentos flexão e extensão de tornozelo direito proveniente de fratura maléolo ocasionado por acidente de motocicleta. A lesão teve como seqüela uma limitação de 50 % dos movimentos do membro afetado.

*Dr. Anuar Murad Filho  
Médico  
CRM-PB 8742*

**DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :**

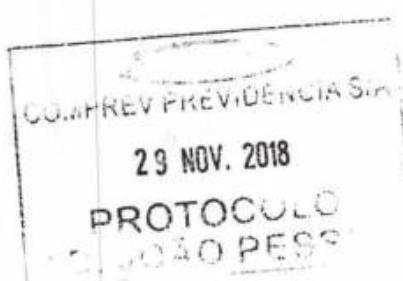
Segue em anexo :

**DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :**

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

12-11-2018



*Eco Medical Center Cartaxo ( C.N.P.J : 29.955.582/0001-41 )*

*Rua : Antônio Rabelo Júnior N - 170 ( Miramar - João Pessoa ) CEP : 58032-090*



*Dr .Anuar Murad Filho*

*Clínica Médica*

*C.R.M-PB : 8.742*

Paciente: Joelson de Lima Costa

Data: 12-11-2018

Nascimento :1712-1985

### **ULTRASSONOGRAFIA DO TORNOZELO DIREITO**

- O estudo ecográfico do tornozelo evidencia tendão de Aquiles de calibre, contornos e textura normais.
- Face maleolar medial com tendões tibial posterior aumentado de calibre em sua porção maleolar e infra maleolar, com halo hipoecóico de edema sinovial local.
- Tendões fibulares de configuração anatômica em sua porção maleolar
- Fáscia plantar de espessura normal em sua inserção no calcâneo
- Ausência de sinais de rotura ou degeneração detectável ao método.
- Transição músculo tendinosa sem alterações ecográficas.

#### **Conclusão:**

TENOSSINOVITE DO TIBIAL POSTERIOR

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742



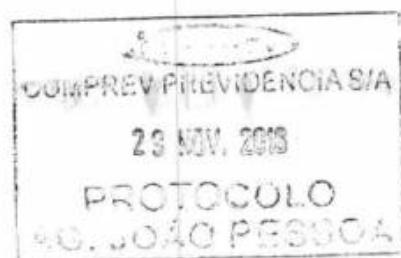
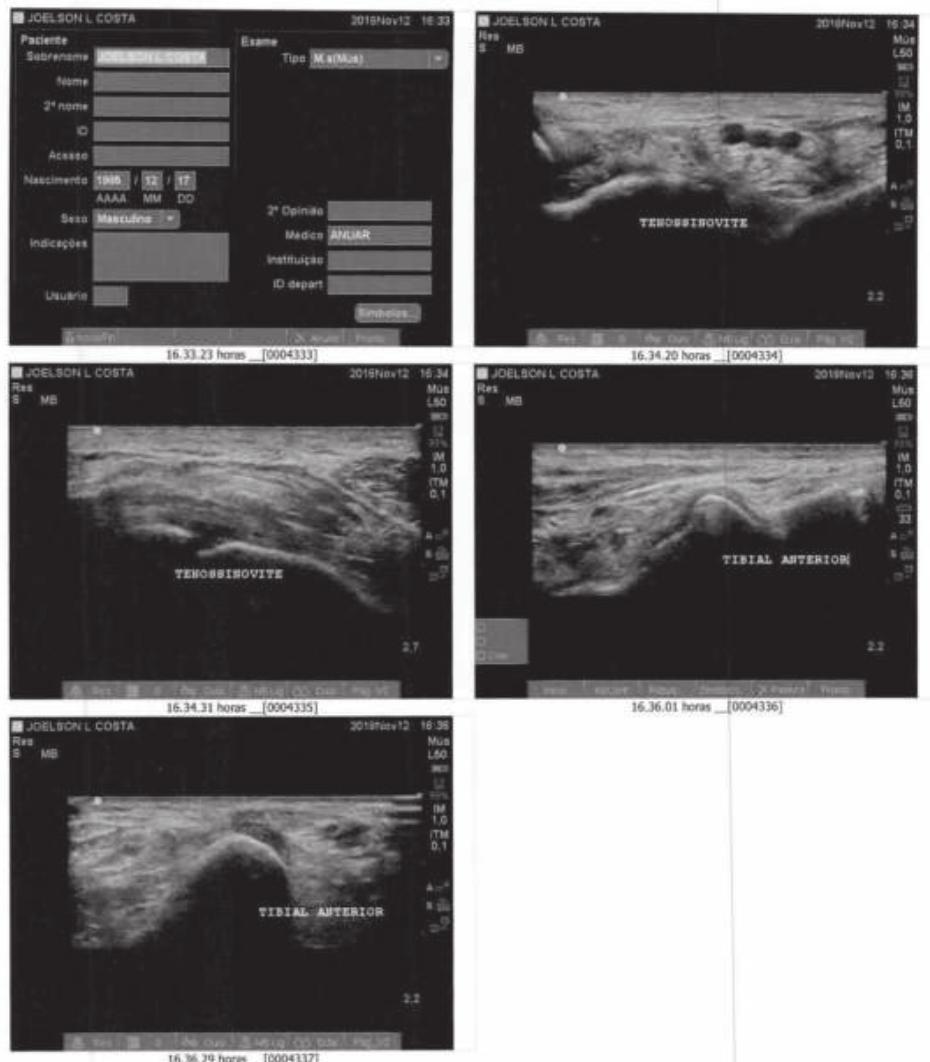
*Eco Medical Center Cartaxo ( C.N.P.J : 29.955.582/0001-41 )*

*Rua : Antônio Rabélo Júnior N - 170 ( Miramar - João Pessoa ) CEP : 58032-090*



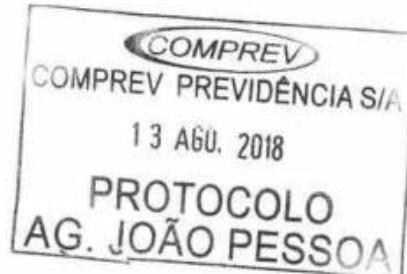
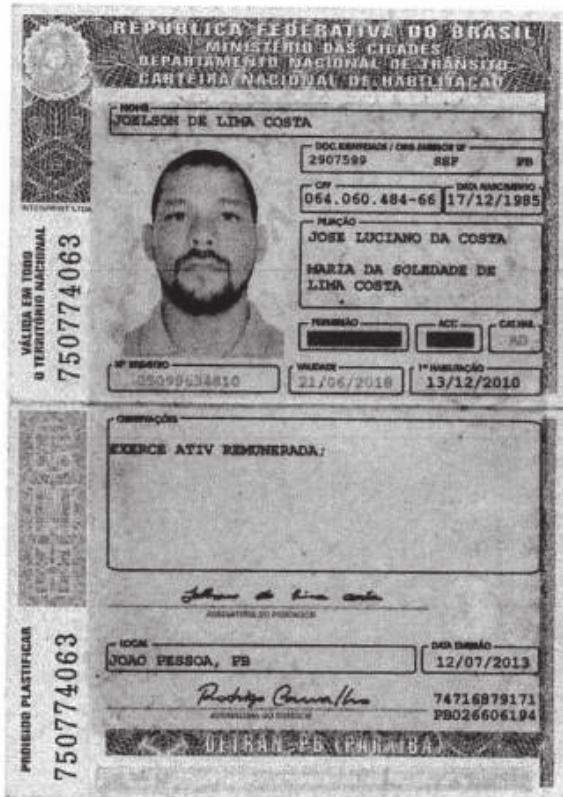
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 09:48:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010010948331900000033427525>  
Número do documento: 2010010948331900000033427525

Num. 34973818 - Pág. 14



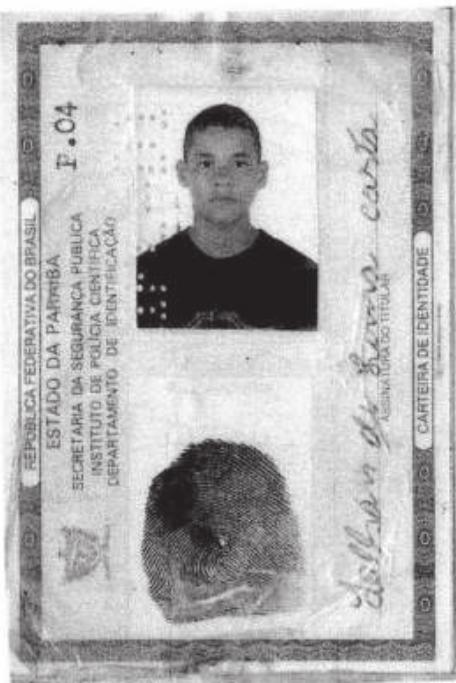
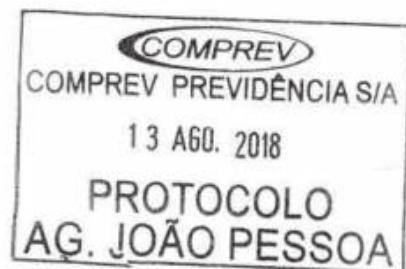
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 09:48:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100109483331900000033427525>  
 Número do documento: 20100109483331900000033427525

Num. 34973818 - Pág. 15



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 09:48:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100109483331900000033427525>  
Número do documento: 20100109483331900000033427525

Num. 34973818 - Pág. 16



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 09:48:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100109483331900000033427525>  
Número do documento: 20100109483331900000033427525

Num. 34973818 - Pág. 17

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO			
			<b>OFD6166</b>
2018			
<b>RAFAEL MELO CAR</b>			<b>Imprimir Consulta</b>
PASSA / MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN ESI	ALCO/GASOL	OFD6166	Último Licenciamento: 2018 Proprietário: RAFAEL MELO CAR Placa: OFD6166 Combustível: ALCO/GASOL Marca/Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA Ano de Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2012 Categoria: PARTICULAR Cor Predominante: VERMELHA Vencimento Licenciamento: 31/08/2018 Observação: Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA Financeira: ##### Município: SANTA RITA Situação: EM CIRCULACAO Data da Consulta: 09/08/2018
PARTICULAR VERMELHA 31/08/2018			
ALIENACAO FIDUCIARIA			
SANTA RITA	09/08/2018		



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180378612      **Cidade:** Santa Rita      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOELSON DE LIMA COSTA      **Data do acidente:** 11/03/2018      **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 30/11/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



**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: **3180378612**

Nome do(a) Examinado(a): **JOELSON DE LIMA COSTA**

Endereço do(a) Examinado(a):

**RUA JAIME LACET, 128 - ODILANDIA - Santa Rita - PB - CEP 58919-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SSP /PB** ] **2907599**

Data e local do acidente: [ **11/03/2018** ]

**Próximo Barragem Rabo do Pavão, Santa Rita-PB**

Data e local do exame: [ **05/12/2018** ] **João Pessoa** [ **PB** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

**I.** Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

*Fratura de tornozelo direito (maléolo medial)*

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

*paciente refere dor e limitação de movimento no tornozelo direito. Diminuição de força e edema residual.*

**III.** Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[  ] Sim [    ] Não

**IV.** Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

*Paciente com fratura de maléolo medial, submetido a tratamento cirúrgico com fixação interna de fratura com parafusos. Fez fisioterapia recebeu médica há 4 meses.*

**V.** Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[  ] Sim [    ] Não

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

*Paciente com edema residual +4+ em tornozelo direito, limitação de movimento (flexão dorsal 0-10°, flexão plantar 0-20°, inversão 0-20°, eversão 0-10°), dificuldade de subir escadas. Dificuldade de caminhar em aclives e declives. Força diminuída ( dor crônica).*

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



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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser  
repetida em \_\_\_ dias

( ) "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, apresente abaixo as graduações que sejam  
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo direito

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

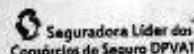
**VIII.** \* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou  
a valoração do dano corporal.



Douglas Michalane Pires Teixeira - CRM: 5336 - PB



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0299288/18  
Vítima: JOELSON DE LIMA COSTA  
CPF: 064.060.484-66

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 11/03/2018  
Titular do CPF: JOELSON DE LIMA COSTA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro  
Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

Pecadorato  
3180 378612

**DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE : 021.762.164-31**

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

**JOELSON DE LIMA COSTA : 064.060.484-66**

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 5194 / 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: 16/08/2018  
Nome: DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE  
CPF/CNPJ: 021.762.164-31

DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/08/2018  
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA  
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA



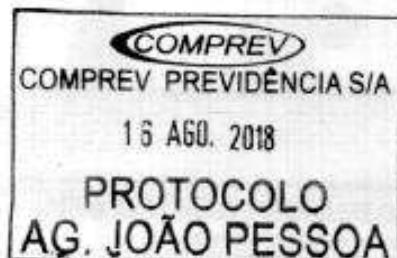
## Sinistros

Detalhe de Sinistro

Sinistro Histórico

Data	Ação	Comentários	Visualizar
15/08/2018 15:20	Cancelar processo	Sinistro cancelado por DYONE MARTINS PEREIRA (SOMPO SEGUROS S/A) devido a inconsistência de campos chave.	
15/08/2018 09:22	Distribuir	MARCUS VINICIUS PEREIRA REIS (SOMPO SEGUROS S/A) encaminhou a regulação do sinistro para DYONE MARTINS PEREIRA	
14/08/2018 22:34	Carga realizada	O usuário Serviço Tasker ( ) informou que os documentos digitalizados do sinistro encontram-se disponíveis.	
14/08/2018 17:02	Emissão de protocolo	O usuário Usuário DigProprio ( ) informou que recebeu os documentos da remessa . Aviso Seguradora Líder de Invalidez registrado por: Usuário: MARCELA DO CARMO DE LIMA Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A Dependência: Comprev Previdência S/A-Filial João Pessoa - PB (0111)  ASL-0295316/18	
13/08/2018 16:40	Aviso Seguradora Líder	Dados da vítima Vítima: JOELSON DE LIMA COSTA CPF: 06406048456 CPF do: Próprio Titular do CPF: JOELSON DE LIMA COSTA Data de nascimento: 17/12/1985 Data do sinistro: 13/03/2018	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

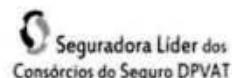
 Exibir Documentos  Cancelar



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 09:48:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010010948331900000033427525>  
Número do documento: 2010010948331900000033427525

Num. 34973818 - Pág. 23

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0299288/18

Número do Sinistro: 3180378612

Vítima: JOELSON DE LIMA COSTA

Data do acidente: 11/03/2018

CPF: 064.060.484-66

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOELSON DE LIMA COSTA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

Outros

### 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: 14/09/2018  
Nome: DANILo DE ARAUJO NOBRE LEITE  
CPF: 021.762.164-31

DANILo DE ARAUJO NOBRE LEITE

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/09/2018  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:

Nome: JOELSON DE LIMA COSTA

Nacionalidade: Brasileiro (a) Est. Civil: SOLTEIRO

Profissão: MOTORISTA

Identidade: 2907599 CPF: 064 060 484 66

Endereço: Rua Joaquim Lacerda, 128

Dobrinha, Zona Rural, Paraíba, CEP: 58200.000

### OUTORGADO:

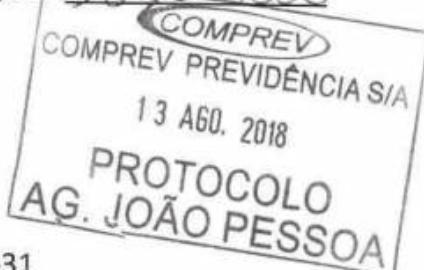
Nome: Danilo de Araújo Nobre Leite

Nacionalidade: Brasileiro (A) Est. Civil: Casado

Profissão: Prestador de Serviços

Identidade: 1.929.439 SSP/PB CPF: 021.762.164-31

Endereço: Rua Francisco Lécadio Ribeiro Coutinho, 201 sala 208, Bessa,  
João Pessoa, Paraíba, CEP 58.036-450.



Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT

Lugar e Data: João Pessoa, 09 de Agosto de 2018.

Joelson De Lima Costa

Joelson De Lima Costa

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)



2º OFÍCIO DE NOTAS • REGISTRO DE IMÓVEIS  
SANTA RITA - PARAÍBA  
RUA DIOGOS DA CAMPANHA, 33 - CENTRO - 58200-000 - PB - FONE: (83) 3630-1000



Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:.....  
JOELSON DE LIMA COSTA

Em test da verdade, Santa Rita-PB 11/04/2018 07:42:34

Alexsandro Rolim Dantas - Escrevente

[2018-001177] JEDOL:R\$ 9,48 FARPEM:R\$ 0,28 FEPJ:R\$ 1,90 ISS:R\$ 0,47

SELO DIGITAL: AGP59202-CELF

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

Alexsandro Rolim Dantas  
Escrevente Autorizado



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0299288/18

Número do Sinistro: 3180378612

Vítima: JOELSON DE LIMA COSTA

CPF: 064.060.484-66

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/03/2018

Titular do CPF: JOELSON DE LIMA COSTA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

### 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: 29/11/2018  
Nome: DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE  
CPF: 021.762.164-31

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2018  
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA  
CPF: 708.601.964-02

DANIL DE ARAUJO NOBRE LEITE

MARCELA DO CARMO DE LIMA





Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JOELSON DE LIMA COSTA

Nº Sinistro: 3180378612  
Vitima: JOELSON DE LIMA COSTA  
Data do Acidente: 11/03/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180378612**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13250762

Pag. 00535/00536 - carta\_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 09:48:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010010948331900000033427525>  
Número do documento: 2010010948331900000033427525

Num. 34973818 - Pág. 27

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOELSON DE LIMA COSTA  
Nº Sinistro: 3180378612  
Vitima: JOELSON DE LIMA COSTA  
Data do Acidente: 11/03/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180378612**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

Pag. 00453/00454 - carta\_03 - INVALIDEZ

0050227  


A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Carta nº 13429509

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: JOELSON DE LIMA COSTA

Sinistro: 3180378612  
Vítima: JOELSON DE LIMA COSTA  
Data do Acidente: 11/03/2018  
Cobertura: INVALIDEZ  
Procurador: DANILo DE ARAUJO NOBRE LEITE

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número 3180378612 foi interrompido, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13661628

Pag. 00571/00572 - carta\_02 - INVALIDEZ



00050286



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 09:48:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100109483331900000033427525>  
Número do documento: 20100109483331900000033427525

Num. 34973818 - Pág. 29



## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

**É obrigatório Representante Legal para:**

**Beneficiário entre 0 a 15 anos** (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

**Beneficiário entre 16 e 17 anos** - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

nero do Sinistro ou ASL.

CPF da Vítima

069.060.484-66

Nome completo da vítima

Joelson de Lima Costa

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Joelson de Lima Costa	CPF titular da conta	069.060.484-66	Profissão	motorista
Endereço	Rua Juíme 100	Número	528	Complemento	
Bairro	Otilândia	Cidade	Santa Rita	Estado	PE
Email	Joelr. dpvat@gmail.com	CEP	58300-000	Telefone (DDD)	(83) 99811-5088

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

**PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA**

15 AGO. 2018

### FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	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"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 BRADESCO (237)    BANCO DO BRASIL (001)    ITAÚ (341)  
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA N.R.: 0105 D/V: 9 CONTA N.R.: 29244 D/V: Q  
(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Name \_\_\_\_\_ N.R. \_\_\_\_\_

AGÊNCIA N.R. \_\_\_\_\_ D/V. \_\_\_\_\_ CONTA N.R. \_\_\_\_\_ D/V. \_\_\_\_\_  
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

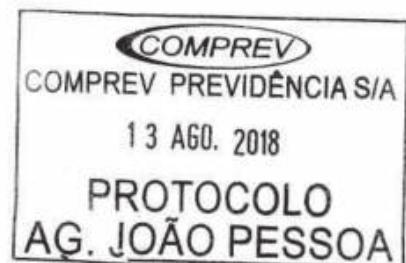
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetuado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Local e Data  
Joelson de Lima Costa, 09 de Agosto de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/10/2020 09:48:33  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2010010948331900000033427525>  
Número do documento: 2010010948331900000033427525

Num. 34973818 - Pág. 31

SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Especializada de Acidentes de  
Veículos da Capital



Secretaria de Estado da  
Segurança e da Defesa Social

### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01495.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01495.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:43 horas do dia 08 de agosto de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigacao, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Joelson de Lima Costa**, CPF nº 064.060.484-66, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero masculino, profissão Motorista, filho(a) de Maria da Soledade de Lima Costa e José Luciano da Costa, natural de Igarassu/PE, nascido(a) em 16/12/1985 (32 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Elias Cavalcanti de Albuquerque, Nº 791, bairro Cristo Redentor, tendo como ponto de referência Deposito de Gás, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98625-2731.

#### Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Águas Turvas, Barragem, Santa Rita/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural;  
Data/Hora: 11/03/18 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

Local: Sítio Águas Turvas, Barragem, Santa Rita/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural;  
Data/Hora: 11/03/18 16:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

#### E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, o notificante trafegava com o veículo, tipo motocicleta, marca e modelo:HONDA/CG 150 FAN ESI, ano e modelo:2012 de cor:vermelha, placa:OFD 6166/PB,chassi nº 9C2KC1670CR602306, registrado em nome de Rafael Melo Carlos, CPF nº 067.166.864-10;QUE segundo o notificante trafegava normalmente quando caiu em um buraco e perdeu o controle vindo a cair ao chão;Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0942/2018, EXPEDIDO PELA DR<sup>a</sup> ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 13/07/2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por se próprio ; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.  
OBS : FOI ATENDIDO NO HOSPITAL NO DIA 12/03/2018,POR VOLTA DAS 18:15 HS

Sendo o que havia a constar, cientificando(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, **COMPREV** é dada e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

**COMPREV PREVIDÊNCIA S/A**

13 AGO. 2018

João Pessoa/PB, 08 de agosto de 2018,

**PROTOCOLO**  
**AG: JOÃO PESSOA**

*[Assinatura]*  
JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS  
Agente de Investigacao

*[Assinatura]*  
JOELSON DE LIMA COSTA  
Noticiante

Procedimento Policial: 01495.01.2018.1.00.420

1/1





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

\*Nome Completo da Vítima

Jackson de Lima Costa

CPF da Vítima

069.060.981-66

Data do Acidente

19-03-2018

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

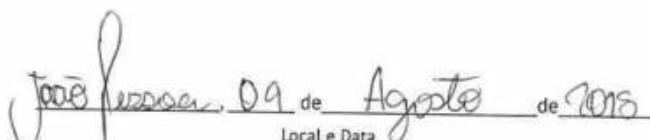
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

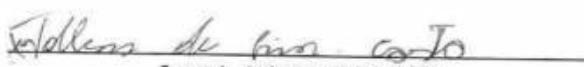
#### Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

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

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

  
Local e Data

  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA *Ato Declinatório* Ficha Nr: 110432 Atd: Nao Reg  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY Data: 12/03/2018  
RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 18:15:18  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980 Repcionista: JUSSARA MANUELA BE  
FAX: ( ) - CNPJ: Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 1  
Nome: JOELSON DE LIMA COSTA Num. Prontuario: 2018.03.001831

CNS: 206297535840000 Sexo: M IDENTIDADE: 2907599 Fone: 986252731

Natural: IGARASSU/PE Data Nasc.: 17/12/1985 Id: 32 ano(s)

End.: RUA IRMA MARIANA,286

Bairro: VILA TIBIRI Cidade: SANTA RITA UF :PB

Mae: MARIA DA SOLEDADE DE LIMA COSTA

Pai: JOSE LUCIANO DA COSTA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: MOTORISTA (FORA EXCECOES)

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: O MESMO

Tel/Doc. Responsavel: G / SEM DOCUMENTO: SD

Licencia: RESIDENCIA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO (COPNDUTOR) ONTEM AS 16HS

Vitima de violênciapor: \*S.RITA-PROX.PROX. A BARRAGEM

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

**COMPREV**

PA: FR: [ ] Aparentemente Bem [ ] Grave  
FC: TP: [ ] Politraumatizado [ ] Convulsao  
Peso: Altura: 13 AGO. 2018 [ ] Hemorragia [ ] Dispineia  
Glicemia: IMC: [ ] Diarreia [ ] Agitado  
Circ. Abd: O2%: [ ] Regular [ ] Chocado  
[ ] Vomito

Sintoma Principal

Observacao

Q DA DE MOTO HA 1 DIA COM TRAUMA EM MID  
EN MINHADO DA CENTRAL DE FRATURA NEGA DESMAIO SIC

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Kt. Ue dore idos 742 dan  
após ac. de moto.*

Diagnóstico *fut. de fruto de ledal* | Conduta *D.*

Prescrição

| Horário da medicacão

*Dr. Intubação Nf Ho endro*  
*Dr. Tiago Braga F. Pinheiro*  
*Médico*  
*Assinatura*

*12 MAR. 2018*  
*DR. TIAGO BRAGA PINHEIRO*  
*ORTOPEDIA*