



Número: **0808012-83.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **14/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA (AUTOR)		ENÉAS FLÁVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO (ADVOGADO) GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM (ADVOGADO) NAYANNA CAROLINE DE AMORIM (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36627586	13/11/2020 10:52	2763691_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190430602

Vítima: LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 31/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14576031

Pag. 01189/01190 - carta_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 04 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190430602

Vítima: LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 31/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **1456**

Conta: **000000018298-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 708.388-084-09 Nome completo da vítima: Guilherme Henrique de Oliveira

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

Nome completo: Guilherme Henrique de Oliveira CPF: 708.388-084-09

Profissão: desempregado Endereço: R. Francisco de Assis 560A Número: 92 Complemento:

POB: Costa Rica Cidade: João Pessoa Estado: PB CEP: 58060-870

E-mail: Telefone: 83 99921-9283

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

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ ACIMA DE R\$10.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDEFINIÇÃO: ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (somente para beneficiários residentes no Brasil)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (100)

☐ CONTA CORRENTE (somente para residentes no Brasil)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 1456
(informar o dígito se existir)

CONTA: 00018298 7
(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:
(informar o dígito se existir)

CONTA:
(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização (indenização por morte) a que eu tiver direito, recebendo-a e dando, desde já, o meu aceite e a renúncia de qualquer outro direito de indenização.

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

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

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência, ou

☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia para fins do Seguro DPVAT, ou

☒ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do período.

Meu motivo para não apresentar o laudo do IML é a impossibilidade de apresentar o laudo do IML para o fim de reconhecimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, considerando, desde já, em me submeter à avaliação médica do médico da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei nº 24.726 de 1975, declarando que esta declaração não significa prova conclusiva com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de indenização, mas apenas uma declaração de impossibilidade.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou viúva) ☐ Divorciado ☐ Separado (ou divorciado) ☐ Viúva

Gráu de Parentesco com a vítima: Vítima deixou algum outro filho? ☐ Sim ☐ Não

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informe quantos: filhos. Se não tinha, informe quantos: filhos.

Estou ciente de que a Seguradora Líder prepara, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a qualquer beneficiário que se beneficiar e se mantiver em condições de receber a indenização, desde que não tenha sido condenado por crime de trânsito, conforme Lei nº 24.726 de 1975.

Local e Data: João Pessoa, 16/07/19
Nome: Guilherme Henrique de Oliveira
CPF: 708.388-084-09

TESTEMUNHAS

CPF: COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

16 JUL. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

(*) Assinatura de quem se declara:
Assinatura da vítima/beneficiário (dele):

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Proprietário (se houver)

Este formulário deve ser preenchido e assinado pelo beneficiário ou representante legal, e deve ser entregue à Seguradora Líder para o reconhecimento de indenização. A Seguradora Líder não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes de qualquer erro ou omissão no preenchimento deste formulário.

13/07/2019





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07302.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07302.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:02 horas do dia 03 de julho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Lucas Henrique de Oliveira**, CPF nº 708.388.084-09, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Desempregado, filho(a) de Maria de Lourdes Henrique de Souza e Apolonio Bernardo de Oliveira Filho, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 06/08/1999 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Francisco de Assis Seabra, Nº 92, bairro Castelo Branco, tendo como ponto de referência Próximo Ao Colégio Braz Baracuí, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98709-1081.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Beira Rio., De Frente a Farmácia Drogasil., João Pessoa/PB, bairro Cabo Branco; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 31/12/18 12:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 31/12/2018 por volta das 14:10 horas quando transitava, pelo Av. Beira Rio sentido Cabo Branco/Centro, nas imediações da Farmácia DROGASIL, com o veículo tipo HONDA/POP 1101, ano e modelo: 2018/2018, de cor preta de placa: QFX7303/PB CHASSI: 9C2JB0100JR030923 pertencente ao Sra. Lucas Henrique de Oliveira; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto na Av. Beira Rio sentido Cabo Branco/Centro quando na faixa direita quando um veículo não identificado - evadiu-se do local - trancou o declarante vindo a colidir na moto conduzida pelo mesmo; Que devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido por terceiros ao COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY, conforme CERTIDÃO de nº 0791/2019 onde foi diagnosticado FRATURA DE OSSOS DA PERNA DIREITA, conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo Dra. CHRISTIANE MARIA BATISTA DE BRITO LYRA, CRM/PB 3137.

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

João Pessoa/PB, 03 de julho de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA

Agente de Investigação

LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA

Noticiante



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:	29/07/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA

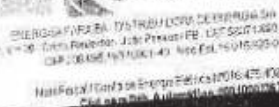
BANCO: 104

AGÊNCIA: 01456

CONTA: 000000018298-7

Nr. da Autenticação 9E27A6449AD11BBC





032 256.414-12

1993-94

[illegible][illegible]

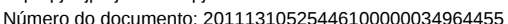
RS 99 89

16 JUL. 20

PRO
AG. JOÃO PESSOA

Composição do Consumo

Dikawatirase	Value (Rp)	%
Perawat belati, tolongaap	10.61	18.84
Perawat di Prega	26.56	46.39
Perawat di Prega	2.80	2.90
Perawat di Prega	4.43	4.40
Perawat di Prega	47.42	47.41
Perawat di Prega	8.00	0.00
Total	96.85	100.00

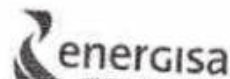


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Requisito para simples pagamento da taxa fiscalizada de energia elétrica - Nº 002.890.195



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 50671-600
CNPJ 08.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.015.623-6

DADOS DO CLIENTE		CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO AV JOAO MACHADO 553 SL 127 JOAO PESSOA		5/1313928-2		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2019	08/04/2019	186	15/04/2019	R\$ 163,56

Acesse: www.energisa.com.br



DEBTAQUE ALTA

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO
Roteiro: 04-001-039-2760
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 15/04/2019

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
15/04/2019	R\$ 163,56	1313928-2019-04-2



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 13/11/2020 10:52:54

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111310525446100000034964455>

Número do documento: 20111310525446100000034964455

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 SUSEP¹ 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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² 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 Guilherme Paiva de Amorim Nobre Inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.194.984/69 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Lucas Henrique de Oliveira Inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.388.084/09 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidos da vítima Lucas Henrique de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 708.388.084/09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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 <u>Av. Abelardo da Silva Guimarães Barreto</u>		Número <u>51</u>	Complemento
Bairro <u>Altiplano</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58046-110</u>
Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)	
		<u>(33) 99921-9283</u>	

João Pessoa 16 de Julho de 2019
Local e Data

Guilherme Paiva de Amorim Nobre
Assinatura do Declarante





CERTIDÃO

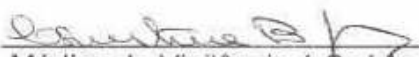
Nº. 0791/2019

Atendendo solicitação de GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº 194169 e prontuário 2018.12.003645 pertencentes a **LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA** que foi atendido dia 31/12/2018 às 15H10min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em tornozelo e pé direitos.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 08/01/2019 com alta médica dia 10/01/2019.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 31 de maio de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 31/10/18

Nome: Lucas Henrique de Oliveira
Prontuário: _____ **Idade:** _____ **Enfermaria:** _____ **Leito:** _____

Nome da Mãe: _____ **Bairro:** _____

Endereço: _____ **Cidade:** _____ **Estado:** _____ **Fone:** _____ **Profissão:** _____

Sexo: F () M () **Cor:** _____ **Estado Civil:** _____ **Religião:** _____

Escolaridade: _____ **Data de Nascimento:** ____/____/____

QPD: _____

HDA: *Sf. rotina de cuidados de*
moto. com dores em pe D.
e garrna D.

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ PRECIPITACIA S/A

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia ☐ Audição _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse _____ ☐ Expectoração _____ ☐ Hemoptise _____
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematêmese ☐ Náuseas
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume

AGU: ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outras: _____

SME: ☐ Dor _____ ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

SN e PSQ: ☐ 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.





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome:	Lucas H. Oliveira				Registro:
Idade:	19A	Sexo:	M	Cor:	Clínica:
Data:	08/01/19	Cirurgião:	Dr. Pacelli	1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

Va dos ossos da
perna direita

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

Osses

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

RAFX

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

Biópsia de Congelação: 1 () Sim
2 () Não

Descreva:

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o A

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



Posição e Preparo:

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Paciente com DPA de tração anterior
Apresenta + artrose
Apresenta de carga cingulares
istmo

Incisão:

Curva horizontal medial
da tibia

Achados:

Fx ossos da perna (D)

Conduta:

Redução aberta + fixação
interna com placa longa
em "L" 14 furos + 11 parafusos
- Sutura por pontos
- Curativos
- Antibiótico

Fechamento:

OBS:

 R. + Dr. Paoli

Data:

08/01/19

MÉDICO/CRM

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





no do CPF -> 708-388-084-09



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-236
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Giullyana Flávia de Amorim Nóbrega
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.668.291 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 15/02/2011
NOME GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA

ALICADA LUIZ GONZAGA DE AMORIM
MARIA DE FÁTIMA PINTO

CIDADE NAT. JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 07/02/1985
DOC. ORIGEM CASAM N. 18758 37 FLS. 058 LIV. 063
CARTÓRIO 1º JOÃO PESSOA-PB
CNPJ 011.197.984-69

ASSINATURA DO TITULAR
LUIZ GONZAGA DE AMORIM

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
16 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013814155431
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

L
A
C
R
E
0
0
4
5
3
1
0
0
3
5
2

VIA COD RENAVAM 2018000001341646 EXERCÍCIO
1 0114863994-0 00/000000000 2018

LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA

70838808409 QFX7303/PB

NOVO PB 9C2JB0100JR030923

PAS/MOTOCICLETA/NAO APPLIC GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD
HONDA/POP 1101 2018 2018

CAP/ROT/CIL CATEGORIA CDR PREDOMINANTE
2 P/109 /CI PARTIC PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC/COTAS
IPVA PAGO EM 00/00/0000 1ª
FAIXA PVA PARCELAMENTO/COTAS 2ª
A ***** 0 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 05/04/2018

OBSERVAÇÕES
A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

JOAO PESSOA-PB DATA
0000000 10/04/2018
20453

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PE
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE
TRANSPORTADAS COM

PB Nº 013814155431

ESTE É O SEU BILHETE
PARA MAIS INFORMAÇÕES
AS CONDIÇÕES GERAIS

www.seguradora
SAC DPVAT 08

VIA CPF/CNPJ
1 70838808409

RENAVAM
01148639940 HONDA/PO

ANO TAB CAT BREV
2018 9 9C2JB010

PREMIO TAXA
FNS (R\$) DENATIAN
***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$)
***** SEGURO

COTA UNICA PAGAMENTO

SEGURADORA LI

CNPJ 09.246.600

20453-0949454

COMPREV PREVIDENCIA S/A
16 JUL. 2019
PROTOCOLO
10501



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190430602 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 31/12/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FECHADA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, ALTA MÉDICA.
P4/5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Lucas Henrique de Oliveira
Nacionalidade: brasileiro
Estado Civil: solteiro
Identidade: 4130431
CPF: 708.388.084-09
Profissão: desempregado
Endereço: R. Francisco de Assis Seabra
CEP: 58.060-870
Telefone: (83) 99921-9283

OUTORGADOS: Glúlysia Flávia de Amorim, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 13529, portadora do CPF/nº 011197984/69 e Enéas Flávio Soares de Moraes Segundo, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 14318, portador do CPF/nº 05831026406, com endereço profissional na Praça Venâncio Nelva, nº 21, CEP 58300-800, Centro de Santa Rita. Telefone: (83) 3032-1329.

Pelo presente Instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador os outorgados acima qualificados, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo aos outorgados poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo subestabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima:

Lucas Henrique de Oliveira

João Pessoa, 28/01/2019.

Local e data

Lucas Henrique de Oliveira
Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)

CARTÓRIO
M. DA FRANCA



COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
16 JUL. 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0240086/19

Vítima: LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA

CPF: 708.388.084-09

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 31/12/2018

Titular do CPF: LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

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

LUCAS HENRIQUE DE OLIVEIRA : 708.388.084-09

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 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: 16/07/2019
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO

