



Número: **0824502-75.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **8ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **22/10/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes                       |                    | Procurador/Terceiro vinculado                                  |                   |
|------------------------------|--------------------|--|-------------------|
| JOZI XAVIER DA SILVA (AUTOR) |                    | FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)                  |                   |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU)   |                    | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)                               |                   |
| Documentos                   |                    |  |                   |
| Id.                          | Data da Assinatura | Documento  | Tipo              |
| 42313<br>286                 | 27/04/2021 10:10   | <a href="#">Petição</a>  | Petição           |
| 42313<br>287                 | 27/04/2021 10:10   | <a href="#">2768217_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02</a> | Outros Documentos |
| 42313<br>289                 | 27/04/2021 10:10   | <a href="#">2768217_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>        | Outros Documentos |

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 31 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200309835

Vítima: JOZI XAVIER DA SILVA

Data do Acidente: 25/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOZI XAVIER DA SILVA

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 16080292





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, 11 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200309835**

**Vítima: JOZI XAVIER DA SILVA**

**Data do Acidente: 25/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), JOZI XAVIER DA SILVA**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00119/00120 - carta\_25 - INVALIDEZ





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

**Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200309835**

**Vítima: JOZI XAVIER DA SILVA**

**Data do Acidente: 25/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOZI XAVIER DA SILVA**

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\$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

**Recebedor: JOZI XAVIER DA SILVA**

**Valor: R\$ 1.687,50**

**Banco: 260**

**Agência: 000000001**

**Conta: 000038787444-7**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01669/01670 - carta\_30 - INVALIDEZ

00020835



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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 049.430.804-48 Nome completo da vítima: JOZI XAVIER DA SILVA

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**

Nome completo: JOZI XAVIER DA SILVA CPF: 049.430.804-48

Profissão: RECUSO Endereço: RUA SEVERINO MATIAS ALMEIDA Número: 05 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: CENTRO Cidade: BARRA DE SANTA ROSA Estado: PB CEP: 58170-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): (35) 98805-6659

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

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

AGÊNCIA: 1026 0 CONTA: 15115 7 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Peço 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

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

Local e Data: João Pessoa, 20/08/20

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

X JOZI XAVIER DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura

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







**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

**Nº 00056.01.2020.1.02.008**

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00056.01.2020.1.02.008, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 14:50 horas do dia 19 de abril de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Geraldo Batinga da Silva, matrícula 1332775, e lavrado por Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia Civil, matrícula 765015, ao final assinado, compareceu **Jozi Xavier da Silva**, conhecido(a) por Jozi, RG nº 2580557 SEDS/PB, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Maria da Guia Xavier da Silva e Josimar Damásio da Silva, natural de Barra de Santa Rosa/PB, nascido(a) em 10/11/1983 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Severino Matias Almeida, Nº 05, complemento casa, bairro Centro, tendo como ponto de referência Em Frente a Escola 1º Passo, na cidade de Barra de Santa Rosa/PB.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rua Severino Matias Almeida, nº 05, Casa, Em Frente a Escola 1º Passo, Barra de Santa Rosa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/05/19 18:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129, § 6º do CPB (Lesão corporal culposa).

Local: Rua Severino Matias Almeida, nº 05, Casa, Em Frente a Escola 1º Passo, Barra de Santa Rosa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 25/05/19 18:10h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 129, § 6º do CPB (Lesão corporal culposa).

**Objeto(s) Envolvido(s):**

(1) Moto, modelo CG 150 Titan MIX, marca Honda, tipo de veículo motocicleta, cor cinza, ano 2010, UF: PB, placa NPZ-6015, chassi 9C2KC1610AH042545, renavam 00212343513, características gerais: Cadastrado Em Nome de João Manoel de Sousa

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

Que, o Notificante pegou uma carona na motocicleta já discriminada, do Sítio Pocinhos, distrito de Cuité-PB até sua residência e quando seguia pela BR 104 nesse sentido, foi surpreendido com uma outra motocicleta que surpreendentemente, saiu de uma estrada de chão, trancando-o bruscamente, consequentemente, arremessou o notificante ao solo que em decorrência da colisão, feriu-se gravemente, sendo na oportunidade, sido socorrido para o Hospital de Traumas na cidade de Campina Grande-PB, Dom Luiz Gonzaga Fernandes, conforme Laudo Médico apresentado.

**ADENDO(S):**

Que na data 25/08/2020, à(s) 16:55 horas, na 8ª Delegacia Distrital da Capital, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Geraldo Batinga da Silva, matrícula 1332775, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: Moto CG 150 Titan, identificada pela placa NPZ 6016, conforme documentação apresentada. Adendo registrado por: Everaldo Martins da Costa, Escrivão de Polícia Civil, matrícula: 765015.

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.**

Procedimento Policial: 00056.01.2020.1.02.008





2ª Delegacia Seccional de Polícia Civil  
8ª Delegacia Distrital da Capital



PARAÍBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA  
Segurança e da Defesa Social

João Pessoa/PB, 25 de agosto de 2020.

EVERALDO MARTINS DA COSTA  
Escrivão de Polícia Civil

JOZI XAVIER DA SILVA  
Noticiante

Procedimento Policial: 00058.01.2020.1.02.008

2/2



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 049.430.804-48 4 - Nome completo da vítima: JOZI XAVIER DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: JOZI XAVIER DA SILVA 6 - CPF: 049.430.804-48  
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA SEVERINO MATIAS ALMEIDA 9 - Número: 05 10 - Complemento:  
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: RUA SEVERINO MATIAS ALMEIDA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58170-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (83) 98805-6654

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 0001 CONTA: 38787444 7  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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.

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:  
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:  
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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.

34 - Impresão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: 38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data, JOÃO PESSOA, 15/09/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 049.430.804-48 Nome completo da vítima: JOZI XAVIER DA SILVA

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**

Nome completo: JOZI XAVIER DA SILVA CPF: 049.430.804-48

Profissão: RECUSO Endereço: RUA SEVERINO MATIAS ALMEIDA Número: 05 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: CENTRO Cidade: BARRA DE SANTA ROSA Estado: PB CEP: 58170-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DDD): (81) 98805-6659

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

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1026 0 CONTA: 15115 7 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Peço 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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

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

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

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

Local e Data: João Pessoa, 20/08/20

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

(\*) Assinatura de quem assina A RÓGO

X JOZI XAVIER DA SILVA

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

**TESTEMUNHAS**

1ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura

2ª Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÓGO, 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.





BP 000-425-1098

**NOME DO EXERENTE**

JOSIMAR DAMASIO DA SILVA  
RUA SEVERINO MATIAS ALMEIDA 05  
BARRA DE SANTA ROSA

**CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR**

**5/503955-7**

**REFERÊNCIA**

**FEV/2020**

**APRESENTAÇÃO**

**21/02/2020**

**CONSUMO**

**125**

**VENCIMENTO**

**03/03/2020**

**TOTAL A PAGAR**

**R\$ 106,28**

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

|  |                 |                 |                    |                    |
|--|-----------------|-----------------|--------------------|--------------------|
| BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL                         |                 |                 |                    |                    |
| <b>CONTA PAGA - Data de Pagamento: 04/03/2020</b>                                  |                 |                 |                    |                    |
| Pagador: JOSIMAR DAMASIO DA SILVA CNPJ/CPF: 368.209.464-49                         |                 |                 |                    |                    |
| RUA SEVERINO MATIAS ALMEIDA 05 - CENTRO - BARRA DE SANTA ROSA / PB - CEP 00000-000 |                 |                 |                    |                    |
| Nosso-Número   | Nr Documento    | Data Vencimento | Valor do Documento | Valor Pago         |
| 26249120012477844  | 000503955202002 | 03/03/2020      | R\$ 106,28         |                    |
| BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA                         |                 |                 |                    | 09.095.163/0001-40 |
| BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680            |                 |                 |                    |                    |
| Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3                                    |                 |                 |                    |                    |





ESTADO DA PARAIBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BARRA DE SANTA ROSA  
CEPEL: 11.604.000/0001-60  
E-MAIL: SAUDE@BARRADESANTAROSA.PB.NOV.BR  
HOME PAGE: WWW.BARRADESANTAROSA.PB.NOV.BR



SECRETARIA DE SAÚDE

### DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins de direito, que a Enfermeira Mariane Lorena prestou atendimento pré-hospitalar a paciente **JOZI XAVIER DA SILVA** portador de Identidade nº 2.580.557 SSP/PB e CPF:049.430.804-48 vítima de acidente de moto no dia 25/05/2019, aproximadamente às 17:h00min, sendo a mesma, pós-avaliada e regulada para o Hospital de Trauma de Campina Grande.

Barra de Santa Rosa, 17 de Agosto de 2020.

  
Gabriella Santos Nepomuceno  
( Secretária Municipal de Saúde)

Gabriella Santos Nepomuceno  
Secretária Municipal de Saúde  
Barra de Santa Rosa

Digitalizado com CamScanner





019

do paciente ou responsável quando necessário

**GOVERNO  
DA PARAIBA**

UNIDADE DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DO HOSPITAL GERAL DE CALZADA PI BANANIS - UNP, BR 778, 268, 0018-52  
2 - Favela Peléidos, 4700 - Mafra, Campina Grande - PB, CEP: 56412-900 Data: 25.05.2019

Dr. JOZI XAVIER DA SILVA Idade: 025 N° ATEND: 1905427

ENTE DE TRABALHO: NAO  
25.05/2019 HORA: 19:40:29

ACTALIDADE: ORTOPEdia

NO:

EXPLICAÇÃO DO MOTIVO:

AS VITAIS  
T: SAT 02: PA: TEMP: PC: FR: PESO:

LETES ( ) SIM (X) NAO HAS ( ) SIM (X) NAO  
MOTORA ( ) SIM (X) NAO

REGLAS: NEGA  
HECAGAO ENTES:  
ADOPAL: HOM  
LACAO NEUROLOGICA

ONVELASO ( ) INCONSCIENTE (X) CONSCIENTE (X) ORIENTADO  
ESORIENTADO ( ) AGITADO ( ) COOPERATIVO ( ) DEPRESSIVO ( ) APATICO  
BRITADO ( ) DIMINUCAO DE FORCA MOTORA

TONAS REFERIDOS

ERRE ( ) VOMITO ( ) DIARREA ( ) ENASTENIA  
RUBIDO ( ) DISPNEIA (X) DOR ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERACAOES VISUAL  
NAVILANIA ( ) PLEITE ( ) INAPETENCIA ( ) ALTERACAOES VISUAL  
PICASTRALGIA ( ) CONSTIPACAO ( ) MILENA ( ) SIBULOS ( ) TONSE



CAIA DE DOR: DOR MODERADA

ASSPACAO DE RISCO:  
FARTO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS: 11

| HORA PA | TEMP | FC | FR | DURESE | ASSINATURA | DO |
|---------|------|----|----|--------|------------|----|
|         |      |    |    |        |            |    |
|         |      |    |    |        |            |    |
|         |      |    |    |        |            |    |
|         |      |    |    |        |            |    |

DIN

ENFERM. BRO COREN  
Jusara Kelya Vilar 51078

*Assinatura manuscrita*



ГО/СИБ;  
СТАНДАРТ / PARCEL NÉPICO

**THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS**

[illegible]

5 5

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

DO PACIENTE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ As \_\_\_\_ ; \_\_\_\_ Id. \_\_\_\_

circumplex

( *Althea hirsutula* / ( *Althea*

**rho (vector)**

V. I. Decisive Medicine

### Intin e outro SETOR em HOSPITAL

1. *Wohlfahrtia*

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMIENTO

CBO

IDADE



31/05/2019

HTCG-Panel Administrativo

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATISMO DON LUIZ GONZAGA FERREIRAS

Av. Mal. Faria Lima, 4700 - Marquês, Campo Grande - PI

Nome: Euler Fabricio Alves Cruz

CNPJ: 08.778.268/0038-52

Data: 31/05/2019



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ

Número do Prontuário: 141672 DATA DA CIRURGIA: 31/05/2019

Número do Atendimento: 1905461 Cln: ORTOPEDIA I / Enf: I / Lct: 2

## DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome do Paciente: JOZI XAVIER DA SILVA

Data da Internação: 25/05/2019

Atendimento: 1905461

Diagnóstico Pré-Operatório: 7x 7x 5

Diagnóstico Pós-Operatório: 6x 6x 5

Cirurgia: OSTEOSINTESE Data da Cirurgia: 31/05/2019

Equipe:

Cirurgião: AGNALDO LIMA PEREIRA JUNIOR

Aux 1: YURY DE PAIVA CAMARA

Aux 2: EULER FABRICIO ALVES CRUZ

Aux 3:

Instrumentador: ANDRÉ

Anestesiista: HUMBERTO DE ALMEIDA FILHO

Tipo de anestesia: RAQUIANESTESIA

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no Ato: SIM.

Acidente Durante Operação: NÃO.

Descrição da Operação:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL HORIZONTAL SOB ANESTESIA;

2. ASSEPÇÃO E ANTISSEPÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;

3. INCISÃO EM FACE LATERAL E MEDIAL DE TORNOZELO DIREITO + DISSECÇÃO

POR PLANOS + HEMOSTASIA;

4. REDUÇÃO CRUENTA DO FOCO DE FRATURA;

5. OSTEOSINTESE COM PLACA TERÇO TUBULAR DE 6 FURROS + PARAFUSOS

CORTICAIS E ESPONJOSOS + ARRUELA SOB

AUXÍLIO DE ESCÓPIA;

6. LAVADO DE FERIDA OPERATÓRIA + SUTURA + CURATIVO.

Data 31/05/2019

Assinatura/Carimbo

Euler Fabricio Alves Cruz

Dr. Wagner Luiz Ego de Araújo  
US. ORTOPEDIA - 22.44.00.00  
CRM - PI 8035



SUS

Único de  
Saúde da  
Saúde

DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES2 - CNES  
23628563 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUÍZ GONZAGA FERNANDES4 - CNES  
2362856

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
JOZI XAVIER DA SILVA6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
19054617 - CARTÃO DO SUS  
7088007678120108 - DATA DE NASCIMENTO  
10/11/19939 - SEXO  
Masc ☒ Femi ☐10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL  
MARIA DA GUIA XAVIER DA SILVA11 - TELEFONE DE CONTATO  
83 99174778712 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
PROJETADA, 0, CENTRO13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
Barra de Santa Rosa14 - CÓDIGO MUNICIPAL 15 - UF 16 - CEP  
250160 PB 58170000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor @ abdômen  
Snt @

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fto cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

12

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fto - cirúrgico

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Fto cirurgia fto torácica

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARATER DA INTERNAÇÃO

02

28 - DOCUMENTO

(X) CNS ( ) CPE

29 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

980016286081505

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
BRENO COUTINHO TORRES31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
25/05/2019

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

BRENO C. TORRES  
CRM 1122-JECI-AM-442

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPE

46 - Nº DOCUMENTO(CNS/CPE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

/ /

# NOTA DE CIRCULANTE

|                                       |                          |           |                              |          |  |
|---------------------------------------|--------------------------|-----------|------------------------------|----------|--|
| PACIENTE: <i>Yara Xavier da Silva</i> |                          |           |                              |          |  <b>GOVERNO DA PARAÍBA</b><br>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE<br>Hospital de Emergência e Trauma Dom Luiz Gonzaga Fernandes |
| QI                                    | LEITE                    | CONVÊNIO  | IDADE                        | REGISTRO |  |
|                                       |                          |           |                              |          |  |
| CIRURGIA                              |                          | CIRURGIÃO |                              |          |  |
| ANESTESIA                             |                          | ANESTESIA |                              |          |  |
| INSTRUMENTADORA                       |                          | DATA      | INÍCIO                       | FIM      |  |
|                                       |                          |           |                              |          |  |
| Qtd.                                  | MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS |           | Bolsa Colostoma              | Qtd.     | FIOS   |
|                                       | Adrenalina amp.          |           | Calor pr Oxg                 |          | Catgut cromado Sertix  |
|                                       | Atropina amp.            |           | Catet. De Urinar Sist. Fech. |          | Catgut cromado Sertix  |
|                                       | Diazepam amp.            |           | Compressa Grande             |          | Catgut cromado Sertix  |
|                                       | Dimore amp.              |           | Compressa Pequena            |          | Catgut Simples   |
|                                       | Dolantina amp.           |           | Colonosce                    |          | Catgut Simples Sertix  |
|                                       | Efrane ml                |           | Dreno                        |          | Catgut Simples Sertix  |
|                                       | Fenegan amp.             |           | Dreno Kerr n°                |          | Catgut Simples Sertix  |
|                                       | Fentanil ml              |           | Dreno Penrose n°             |          | Cera pr osso   |
|                                       | Iguve ml                 |           | Dreno Pezzer n°              |          | Ethibond   |
|                                       | Ketalar ml               |           | Equip de Macrogotas          |          | Ethibond   |
|                                       | Mercaina                 |           | Equip de Macrogotas          |          | Ethibond   |
|                                       | Nubain amp.              |           | Equip de Sangue              |          | Fio de Algodão Sertix  |
|                                       | Pavulon amp.             |           | Equip de PVC                 |          | Fio de Algodão Sertix  |
|                                       | Protigine amp.           |           | Esgaradrapo Lanco cm         |          | Fio de Algodão Sutapak   |
|                                       | Protóxido l/m            |           | Furacim ml                   |          | Fio de Algodão Sutapak   |
|                                       | Quelcion ml              |           | Gase Pacote c/ 10 unidades   |          | Fila cardiaca  |
|                                       | Rapfen amp.              |           | H.O. ml                      |          | Mononylon  |
|                                       | Thionembutal ml          |           | Intracath Adulto             |          | Mononylon  |
|                                       | Tracrium amp.            |           | Intracath Infant.            |          | Prolene Sertix   |
| Qtd.                                  | MEDICAÇÕES               |           | Lâmina de Bisturi n° 23      |          | Prolene Sertix   |
|                                       | Água Destilada amp.      |           | Lâmina de Bisturi n° 11      |          | Prolene Sertix   |
|                                       | Decadron amp.            |           | Lâmina de Bisturi n° 15      |          | Prolene Sertix   |
|                                       | Dipirona amp.            |           | Luvax 7.0                    |          | Vicryl Sertix  |
|                                       | Flavido amp.             |           | Luvax 7.5                    |          | Vicryl Sertix  |
|                                       | Fiebocontis amp.         |           | Luvax 8.0                    |          | Vicryl Sertix  |
|                                       | Geramicina amp.          |           | Luvax 8.5                    |          |  |
|                                       | Glicose amp.             |           | Oxigênio l/m                 |          |  |
|                                       | Glucon de Cálcio amp.    |           | Poliflu                      |          |  |
|                                       | Haemacel ml              |           | PVPI Decimante ml            |          |  |
|                                       | Heparina ml              |           | PVPI Tópico ml               | Qtd.     | SOROS  |
|                                       | Kanakion amp.            |           | Sabão Antisséptico           |          | SG Normotérmico fr 500 ml  |
|                                       | Lasix amp.               |           | Saco coletor                 |          | SG Gelado fr 500 ml  |
|                                       | Medropropazol            |           | Seringa desc. 10 ml          |          | SG Hipertérmico fr 500 ml  |
|                                       | Passil amp.              |           | Seringa desc. 20 ml          |          | SG Ringr fr 500 ml   |
|                                       | Prolarina                |           | Seringa desc. 05 ml          |          | SG fr 500 ml   |
|                                       | Revivan amp.             |           | Sonda                        | Qtd.     | ORTESE E PROTESE   |
|                                       | Stupitanon amp.          |           | Sonda Foley                  |          |  |
|                                       | Ceftriaxona 1g           |           | Sonda Nasogástrica           |          |  |
|                                       |                          |           | Sonda Uretral n°             |          |  |
|                                       |                          |           | Steridren ml                 |          |  |
|                                       |                          |           | Tomeletha                    |          |  |
| Qtd.                                  | MATERIAIS / SOLUÇÕES     |           | Vaselina ml                  |          |  |
|                                       | Agulha desc. 25 x 7      |           | Gecon 18                     |          |  |
|                                       | Agulha desc. 28 x 25     |           | Látex                        |          |  |
|                                       | Agulha desc. 3 x 4.5     |           |                              |          |  |
|                                       | Agulha pr raque n° 2.5   |           |                              |          |  |
|                                       | Alcool de Enfermagem     |           |                              |          |  |
|                                       | Alcool Iodado ml         |           |                              |          |  |
|                                       | Ataduras de Crepon       |           |                              |          |  |
|                                       | Ataduras de Gessada      |           |                              |          |  |
|                                       | Azul metileno amp.       |           |                              |          |  |
|                                       | Benzina ml               |           |                              |          |  |

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro de Pulso | <input type="checkbox"/> Foco Auxiliar                |
| <input type="checkbox"/> Seta                         | <input type="checkbox"/> Eletrocautério               |
| <input type="checkbox"/> Desfibrilador                | <input checked="" type="checkbox"/> Oxímetro          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Foco Frontal      | <input type="checkbox"/> Cardiomonitor                |
| <input type="checkbox"/> Fonte de Luz                 | <input checked="" type="checkbox"/> Perfusor Elétrico |

*Handwritten signature*  
 Nome do Responsável  
 Função  
 Assinatura

MDG WE





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

15021 Jovier da Silva




SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

2.580.557 - 2 VIA

18/08/2011

JOSIMAR DAMÁSIO DA SILVA

MARIA DA GUIA XAVIER DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO

10/11/1983

NASC.N. 9257 FLS. 239VS LIV. A9

CGARTORIO BARRA DE ST. ROSA - PB

049.430.804-48

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/03



DETRAN

DETRAN

# CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

|     |              |       |           |
|-----|--------------|-------|-----------|
| VIA | COD. RENAVAM | RNTTC | EXERCÍCIO |
| 1   | 00212343513  | ***** | 2019      |

|                      |
|----------------------|
| NOME                 |
| JOAO MANOEL DE SOUSA |

|                |         |
|----------------|---------|
| CNPJ / CPF     | PLACA   |
| 207.386.414-72 | HP26A15 |

|               |                   |
|---------------|-------------------|
| PLACA ANT. UF | CHASSI            |
| NPZ 6015 / PB | 9C2 KC1610A042545 |

|                                     |              |
|-------------------------------------|--------------|
| ESPÉCIE TIPO                        | COMBUSTÍVEL  |
| PASSAGEIRO/MOTOCICLETA/NAO APLICAVE | ALCOOL-GASOL |

|                          |         |         |
|--------------------------|---------|---------|
| MARCA / MODELO           | ANO FAB | ANO MOD |
| HONDA/CG150 TITAN MIX RS | 2010    | 2010    |

|                     |            |                  |
|---------------------|------------|------------------|
| CAP / POT / cil     | CATEGORIA  | COR PREDOMINANTE |
| OCV/149 CILINDRADAS | PARTICULAR | CINZA            |

|            |                      |             |
|------------|----------------------|-------------|
| COTA ÚNICA | VENC. COTA ÚNICA     | VENC. COTAS |
| R\$ 0.00   | 04/06/2019           | 1º PAGO     |
| FAIXA IPVA | PARCELAMENTO / COTAS | 2º PAGO     |
| 002849 3X  | R\$ *****            | 3º PAGO     |

|                        |           |                    |                   |
|------------------------|-----------|--------------------|-------------------|
| PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) | IOF (R\$) | PRÊMIO TOTAL (R\$) | DATA DE PAGAMENTO |
| *** TAXAS DETRAN: PAGO | ***       | DPVAT: PAGO        |                   |

|   |
|---|
| OBSERVAÇÕES                             |
| NOTOR: KC16E1A042545 DE PORTE DE PLACAS |
| NOT VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA           |

|               |            |
|---------------|------------|
| LOCAL         | DATA       |
| SANTA CRUZ/RN | 04/06/2019 |



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200309835 **Cidade:** Barra de Santa Rosa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOZI XAVIER DA SILVA **Data do acidente:** 25/05/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 02/09/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 5. ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO TORNOZELO DIREITO EM GRAU MÉDIO.

**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 completa da mobilidade de um tornozelo | 25 %   | Em grau médio - 50 %                                 | 12,5%     | R\$ 1.687,50          |
| Total  |  |  | 12,5 %    | R\$ 1.687,50          |





## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0243346/20

**Vítima:** JOZI XAVIER DA SILVA

**CPF:** 049.430.804-48

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 25/05/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** JOZI XAVIER DA SILVA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

**JOZI XAVIER DA SILVA : 049.430.804-48**

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: 28/08/2020  
Nome: JOZI XAVIER DA SILVA  
CPF: 049.430.804-48

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/08/2020  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

JOZI XAVIER DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 8ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE CAMPINA GRANDE/PB

Processo n.º 08245027520208150001

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

**DO LAUDO PERICIAL**

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

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

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

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitória na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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

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

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

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



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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

CAMPINA GRANDE, 22 de abril de 2021.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

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

