



Número: **0807670-72.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **07/10/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
JOSELITO DA SILVA COSTA (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
37239 460	30/11/2020 10:24	2769527_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, 16 de Junho de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200212474 Vítima: JOSELITO DA SILVA COSTA

Data do Acidente: 25/01/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSELITO DA SILVA COSTA

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 15860954



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, 01 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200308997 Vítima: JOSELITO DA SILVA COSTA

Data do Acidente: 25/01/2020 **Cobertura:** INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSELITO DA SILVA COSTA

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 n° 16083552



B222 01117/01118 - carta 01 - INVAL IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/11/2020 10:24:59
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113010245912100000035535986>
Número do documento: 20113010245912100000035535986

Núm. 37239460 - Pág. 2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou A.S.L.

3 - CPF da vítima:

763.282.024-20 Jocelito da Silva Costa

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

6 - Profissão:

7 - Endereço:

8 - Bairro:

9 - Cidade:

10 - Estado:

11 - Complemento:

12 - N°:

13 - E-mail:

5 - CPF:

763.282.024-20

6 - Número:

10 - Complemento:

11 - Rua:

12 - Bairro:

13 - CEP:

14 - Telefone:

15 - Celular:

16 - E-mail:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - 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
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1,000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3487

CONTA: 03429

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se excluir)

Autorizo a Seguradora Lider a fornecer a mim, na forma da lei, a indenização que me compete, a título de invalidez permanente, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando deixa à 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 imobilizado(a) 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.

Pelo motivo assinalado, sou eu o prosseguidor da ação do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando desse jeito, em me submeter a avaliação médica a ser feita pela Seguradora Lider para um laço(a) de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/80, art. 5º, § 1º declarando que esta autorização não significa perda de direitos de concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar desse entendimento.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (e/ou Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou cônjuges:

27 - Se a vítima deixou cônjuges, informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Sim

Não

30 - Vítima deixou

Sim

Não

31 - Vítima: Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

Sim

Não

34 - Vítima: Sim

Não

35 - Vítima: Sim

Não

35 - Nome legível de quem assina a cópia/pedido:

36 - CPF legível de quem assina a cópia/pedido:

Assinatura da testemunha

37 - (*) Assinatura de quem assina a cópia/pedido:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Joaquim Pessoa, 17/06/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FPS.001 V002/2019





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/11/2020 10:24:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113010245912100000035535986>
Número do documento: 20113010245912100000035535986

Num. 37239460 - Pág. 4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou A.S.L.

3 - CPF da vítima:

763.282.024-20 Jocelito da Silva Costa

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

6 - Profissão:

7 - Endereço:

8 - CEP:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO 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
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1,000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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) Itau (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3487

CONTA: 03429

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a fornecer a minha identificação e endereço para a elaboração da documentação necessária à validade da indenização, a vítima, beneficiário, declarante ou representante legal do Seguro DPVAT e que eu fiquei devidamente informado e dando deixa 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 imobilizado(a) 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.

Pelo motivo assinalado, sou eu o prosseguidor da ação do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando desse jeito, em me submeter a avaliação médica da Seguradora Lider para um laudo de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/91, art. 5º, § 1º, declarando que esta autorização não significa perda de minha concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar desse entendimento.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (e/ou Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou cônjuges?: Sim Não 27 - Se a vítima deixou cônjuges, informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Sim Não 30 - Vítima deixou Sim Não filhos? Vivos Falecidos 31 - Vítima Sim Não 32 - Se trouxe irmãos, informar Sim Não 33 - Vítima deixou Sim Não irmãos? Vivos Falecidos

Estou ciente de que a Seguradora Lider, caso deva, a tratar tratado de Seguro DPVAT por morte, deve encaminhar os laços que se apresentarem para a perícia médica, caso exista, e que a perícia médica deve ser realizada dentro de 15 (quinze) dias, podendo ser prorrogada por mais 15 (quinze) dias, caso o valor necessário, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 295 do Código Penal.

34 - Nome legível de quem assina a cópia/a pedido:

35 - Nome legível de quem assina a cópia/a pedido:

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha:

36 - CPF legível de quem assina a cópia/a pedido:

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha:

37 - (*) Assinatura de quem assina a cópia/a pedido:

40 - Local e Data:

Jacareí/PB, 13/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

TESTEMUNHAS

FPS.001 V002/2019





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/11/2020 10:24:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113010245912100000035535986>
Número do documento: 20113010245912100000035535986

Num. 37239460 - Pág. 6

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 028826.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 028826.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaina Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 09:32 min do dia 04/06/2020, na Delegacia Online, **JOSELITO DA SILVA COSTA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AJUDANTE GERAL, natural de João Pessoa, nascido(a) em 03/12/1969, idade 50, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de CARMEM DA SILVA COSTA e JOAO FAUSTINO DA COSTA, CPF 761.282.024-20, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Cicero Bento Sobrinho, nº 0, bairro João Paulo II, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58076692, telefone(s) 83987150366, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 25/01/2020 23:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: PB 008, VILAGEM, Conde/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto YAMAHA NEO 125, ANO/MOD 2019/2020, COR BRANCA. PLACA QSJ 4I86/PB, CHASSI 9C6SEB520L007760 , em nome do DECLARANTE, quando trafegava na pb 008, nas proximidades do Village, uma moto em alta velocidade veio a colidir na traseira da moto caindo ao solo, sendo socorrido pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena e transferido no outro dia para o Complexo Hospitalar de Maracabeira.

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


JOSELITO DA SILVA COSTA B26916AF901CB15C0B89597C3D1C23C8
Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle: www.delegaciaonline.pb.gov.br, Tel. (83) 3612-8612 (8h-18), E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 028826.01.2020.0.00.704

A Delegacia Online CERTIFICA a requerimento escrito, via Internet, de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial nº 028826.01.2020.0.00.704 analisado pelo policial civil Janaina Silva de Andrade, matrícula 1819666 cujo teor passo a transcrever na íntegra: às 09:32 min do dia 04/06/2020, na Delegacia Online, **JOSELITO DA SILVA COSTA**, nacionalidade Brasileiro(a), profissão AJUDANTE GERAL, natural de João Pessoa, nascido(a) em 03/12/1969, idade 50, estado civil Solteiro (a), de cor Parda, filho(a) de CARMEM DA SILVA COSTA e JOAO FAUSTINO DA COSTA, CPF 761.282.024-20, residente e domiciliado(a) no(a) Rua Cicero Bento Sobrinho, nº 0, bairro João Paulo II, na cidade de João Pessoa/PB. CEP: 58076692, telefone(s) 83987150366, registrou o seguinte:

Dados do(s) Fato(s):

Data/Hora do fato: 25/01/2020 23:30h; Tipificação: **Boletim Emergencial**; Tipo do Local: Indefinido; Local do Fato: PB 008, VILAGEM, Conde/PB.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Conduzia sua moto YAMAHA NEO 125, ANO/MOD 2019/2020, COR BRANCA. PLACA QSJ 4I86/PB, CHASSI 9C6SEB520L007760 , em nome do DECLARANTE, quando trafegava na pb 008, nas proximidades do Village, uma moto em alta velocidade veio a colidir na traseira da moto caindo ao solo, sendo socorrido pelo SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena e transferido no outro dia para o Complexo Hospitalar de Maracabeira.

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


JOSELITO DA SILVA COSTA B26916AF901CB15C0B89597C3D1C23C8
Código de Controle

ATENÇÃO: Esse Boletim só é válido com a assinatura do declarante. A veracidade do mesmo pode ser checada no site da Delegacia Online através do código de controle: www.delegaciaonline.pb.gov.br, Tel. (83) 3612-8612 (8h-18), E-mail: delegaciaonline@seds.pb.gov.br.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou A.S.L.

3 - CPF da vítima:

763.282.024-20 Jocelito da Silva Costa

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

6 - Profissão:

7 - Endereço:

8 - Bairro:

9 - Cidade:

10 - Estado:

11 - Complemento:

12 - N°:

13 - E-mail:

5 - CPF:

763.282.024-20

6 - Número:

10 - Complemento:

11 - Rua:

12 - Bairro:

13 - CEP:

14 - Telefone:

15 - Celular:

16 - E-mail:

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - 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
 SEM RENDA

R\$1,00 A R\$1,000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

Itau (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3487

CONTA: 03429

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a fornecer a minha identificação e endereço para a elaboração da declaração de invalidez permanente, a vítima, beneficiário, declarante ou representante legal do Seguro DPVAT, a quem eu tiver direito, reconhecendo e dando deixa 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 imobilizado(a) 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.

Pelo motivo assinalado, sou eu o prosseguidor da ação do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando desse jeito, em me submeter à avaliação médica da Seguradora Lider para um laço(a) de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/80, art. 5º, § 1º, declarando que esta autorização não significa perda de direitos ou concordância com a tutela médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar desse entendimento.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (e/ou Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou cônjuges:

27 - Se a vítima deixou cônjuges, informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

Sim

Não

31 - Vítima: Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

Não

33 - Vítima deixou

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider, caso divida, a Interbras ou o Seguro DPVAT por morte, auxilia no pagamento que se apresentarem destas entidades, quanto ao valor da indenização, que é sempre menor que o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 295 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a foga/a petição:

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

36 - CPF legível de quem assina a foga/a petição:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

37 - (*) Assinatura de quem assina a foga/a petição:

40 - Local e Data:

Jacareí, 17/06/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/11/2020 10:24:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113010245912100000035535986>
Número do documento: 20113010245912100000035535986

Num. 37239460 - Pág. 10

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: 11/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSELITO DA SILVA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 00000003429-0

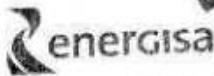
Nr. da Autenticação 13692615C65762F3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/11/2020 10:24:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113010245912100000035535986>
Número do documento: 20113010245912100000035535986

Num. 37239460 - Pág. 11

MARLYRINA DE OLIVEIRA SILVA
RUA CICURO, BENTO GOMES, N° 11, JOAQUIM PIAU
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58010-140
CNPJ/CIF/CRM: 302.803.964-93



UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1464438-9

Grav. COHAB/CDHU, BAIXA / BURACO D'AGUA, 21
Cidade: PERNAMBUCO / Endereço: RESIDENCIAL
Logradouro: MONTEIRO
CEP: 521.751-590 / Fone/Fax: 3223852111

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 90914644389

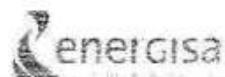
VALOR DA FATURA R\$ 71,48	VENCIMENTO 24/04/2020							
REFERÊNCIA Abr / 2020	CONSUMO 87kWh							
SITUAÇÃO DE DÉBITOS								
DESCRITIVO								
CO	Descrição	Qtd.	Títulos	Até Boleto	Até Corte	F.M. Série	Hora	Última
				(P)	(P)	(P)	(P)	(P)
6801	Consumo - Mês	71	71/03/20	86,74	86,74	77,18	0,00	0,00
6807	VALORES DE SERVIÇOS COM FRETE E IVA PLETA			2,74	2,74	2,20	0,00	0,00

FATURAS EM TRÂNSITO

Mar/20	R\$14,61
Fev/20	R\$13,74
Dez/19	R\$14,71
Mar/19	R\$17,09
Abr/19	R\$12,40
-6 CONTAIS	R\$23,79

CCO: Código de Classificação do Bem Tarifa de Trânsito	1-B-SATU	TOTAL	71,48	86,74	77,18	86,74	77,18	3,17
RESERVADO AO FISCO 4908 bcza.2821_d0f17ccb_c822_1902-8d25								
HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)				COMPOSIÇÃO DO CONSUMO				
ANO	Mês	Consumo (kWh)	Total (R\$)	Descrição	Valor (R\$)	%		
2019	Jan	1.000	100,00	Consumo Residencial	10,00	26,13		
2019	Feb	1.000	100,00	Consumo Trans. 000	0,17	0,44		
2019	Mar	1.000	100,00	Consumo Trans. 000	2,83	3,82		
2019	Apr	1.000	100,00	Encargo Sistemas	24,00	33,83		
2019	May	1.000	100,00	Imposta Direta e Distância	0,00	0,00		
2019	Jun	1.000	100,00	Outras Serviços	71,48	100,00		
2019	Jul	1.000	100,00	Total	71,48	100,00		
2019	Set	1.000	100,00	Entrega de Lote de Boleto Distribuição (dat. 01/02/2019) R\$ 0,00				
2019	Out	1.000	100,00					
2019	Nov	1.000	100,00					
2019	Dec	1.000	100,00					
2020	Jan	1.000	100,00					
2020	Feb	1.000	100,00					
2020	Mar	1.000	100,00					
2020	Apr	1.000	100,00					
2020	May	1.000	100,00					
2020	Jun	1.000	100,00					
2020	Jul	1.000	100,00					
2020	Set	1.000	100,00					
2020	Out	1.000	100,00					
2020	Nov	1.000	100,00					
2020	Dec	1.000	100,00					
2020	Jan	1.000	100,00					
2020	Feb	1.000	100,00					
2020	Mar	1.000	100,00					
2020	Apr	1.000	100,00					
2020	May	1.000	100,00					
2020	Jun	1.000	100,00					
2020	Jul	1.000	100,00					
2020	Set	1.000	100,00					
2020	Out	1.000	100,00					
2020	Nov	1.000	100,00					
2020	Dec	1.000	100,00					
2020	Jan	1.000	100,00					
2020	Feb	1.000	100,00					
2020	Mar	1.000	100,00					
2020	Apr	1.000	100,00					
2020	May	1.000	100,00					
2020	Jun	1.000	100,00					
2020	Jul	1.000	100,00					
2020	Set	1.000	100,00					
2020	Out	1.000	100,00					
2020	Nov	1.000	100,00					
2020	Dec	1.000	100,00					
2020	Jan	1.000	100,00					
2020	Feb	1.000	100,00					
2020	Mar	1.000	100,00					
2020	Apr	1.000	100,00					
2020	May	1.000	100,00					
2020	Jun	1.000	100,00					
2020	Jul	1.000	100,00					
2020	Set	1.000	100,00					
2020	Out	1.000	100,00					
2020	Nov	1.000	100,00					
2020	Dec	1.000	100,00					
2020	Jan	1.000	100,00					
2020	Feb	1.000	100,00					
2020	Mar	1.000	100,00					
2020	Apr	1.000	100,00					
2020	May	1.000	100,00					
2020	Jun	1.000	100,00					
2020	Jul	1.000	100,00					
2020	Set	1.000	100,00					
2020	Out	1.000	100,00					
2020	Nov	1.000	100,00					
2020	Dec	1.000	100,00					
2020	Jan	1.000	100,00					
2020	Feb	1.000	100,00					
2020	Mar	1.000	100,00					
2020	Apr	1.000	100,00					
2020	May	1.000	100,00					
2020	Jun	1.000	100,00					
2020	Jul	1.000	100,00					
2020	Set	1.000	100,00					
2020	Out	1.000	100,00					
2020	Nov	1.000	100,00					
2020	Dec	1.000	100,00					
2020	Jan	1.000	100,00					
2020	Feb	1.000	100,00					
2020	Mar	1.000	100,00					
2020	Apr	1.000	100,00					
2020	May	1.000	100,00					
2020	Jun	1.000	100,00					
2020	Jul	1.000	100,00					
2020	Set	1.000	100,00					
2020	Out	1.000	100,00					
2020	Nov	1.000	100,00					
2020	Dec	1.000	100,00					
2020	Jan	1.000	100,00					
2020	Feb	1.000	100,00					
2020	Mar	1.000	100,00					
2020	Apr	1.000	100,00					
2020	May	1.000	100,00					
2020	Jun	1.000	100,00					
2020	Jul	1.000	100,00					
2020	Set	1.000	100,00					
2020	Out	1.000	100,00					
2020	Nov	1.000	100,00					
2020	Dec	1.000	100,00					
2020	Jan	1.000	100,00					
2020	Feb	1.000	100,00					
2020	Mar	1.000	100,00					
2020	Apr	1.000	100,00					
2020	May	1.000	100,00					
2020	Jun	1.000	100,00					
2020	Jul	1.000	100,00					
2020	Set	1.000	100,00					
2020	Out	1.000	100,00					
2020	Nov	1.000	100,00					
2020	Dec	1.000	100,00					
2020	Jan	1.000	100,00					
2020	Feb	1.000	100,00					
2020	Mar	1.000	100,00					
2020	Apr	1.000	100,00					
2020	May	1.000	100,00					
2020	Jun	1.000	100,00					
2020	Jul	1.000	100,00					
2020	Set	1.000	100,00					
2020	Out	1.000	100,00					
2020	Nov	1.000	100,00					
2020	Dec	1.000	100,00					
2020	Jan	1.000	100,00					
2020	Feb	1.000	100,00					
2020	Mar	1.000	100,00					
2020	Apr	1.000	100,00					
2020	May	1.000	100,00					
2020	Jun	1.000	100,00					
2020	Jul	1.000	100,00					
2020	Set	1.000	100,00					
2020	Out	1.000	100,00					
2020	Nov	1.000	100,00					
2020	Dec	1.000	100,00					
2020	Jan	1.000	100,00					
2020	Feb	1.000	100,00					
2020	Mar	1.000	100,00					
2020	Apr	1.000	100,00					
2020	May	1.000	100,00					
2020	Jun	1.000	100,00					
2020	Jul	1.000	100,00					
2020	Set	1.000	100,00					
2020	Out	1.000	100,00					
2020	Nov	1.000	100,00					
2020	Dec	1.000	100,00					
2020	Jan	1.000	100,00					
2020	Feb	1.000	100,00					
2020	Mar	1.000	100,00					
2020	Apr	1.000	100,00					
2020	May	1.000	100,00					
2020	Jun	1.000	100,00					
2020	Jul	1.000	100,00					
2020	Set	1.000	100,00					
2020	Out	1.000	100,00					
2020	Nov	1.000	100,00					
2020	Dec	1.000	100,00					
2020	Jan	1.000	100,00					
2020	Feb	1.000	100,00					
2020	Mar	1.000	100,00					
2020	Apr	1.000	100,00					
2020	May	1.000	100,00					
2020	Jun	1.000	100,00					
2020	Jul	1.000	100,00					
2020	Set	1.000	100,00					
2020	Out	1.000	100,00					
2020	Nov	1.000	100,00					
2020	Dec	1.000	100,00					
2020	Jan	1.000	100,00					
2020	Feb	1.000	100,00					
2020	Mar	1.000	100,00					
2020	Apr	1.000	100,00					
2020	May	1.000	100,00					
2020	Jun	1.000	100,00					
2020	Jul	1.000	100,00					
2020	Set	1.000	100,00					
2020	Out	1.000	100,00					
2020	Nov	1.000	100,00					
2020	Dec	1.000	100,00					
2020	Jan	1.000	100,00					
2020	Feb	1.000	100,00					
2020	Mar	1.000	100,00					
2020	Apr	1.000	100,00					
2020	May	1.000</td						

BOLETO PARA PAGAMENTO



Documentos: 00000000000000000000
Número da Conta: 00000000000000000000
Número do Documento: 00000000000000000000

Nº 042.343.155

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
Br 210, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-040
CNPJ 35.095.183/0001-40 - Inscrição Estadual: 16.013.322-C

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLESER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

PERÍODO	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
ABR/2020	20/04/2020	174	28/04/2020	R\$ 150,83

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 03150.244006 09367.29417 1.82390000015083				
Pagador: JEAN KLESER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nossa-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
3150244009367294	001698281202004	28/04/2020	R\$ 150,83	00.095.183/0001-40
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA BR230 KM 25, S.N. - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-040 Agência / Código de Beneficiário: 3054-1/447-3				



QR CODE

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/11/2020 10:24:59

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113010245912100000035535986>

Número do documento: 20113010245912100000035535986

Num. 37239460 - Pág. 13



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 02 03 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/SIBLICENCAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZADA E RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu José Eduardo da Silva
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 455.536.024.91, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Joselito da Silva Costa inscrito (a) no CPF sob o N° 761.282.024.20
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Joselito da Silva Costa
Inscrito (a) no CPF sob o N° 761.282.024.20, 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 à 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>Rua Agente Fiscal José G. Duarte</u>	Número:	<u>157</u>	Complemento:				
Bairro:	<u>Mangabeira</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>	CEP:	<u>58056-384</u>	
E-mail:							Tel. (DDD):	<u>(83) 986634990</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 15/10/2020

Assinatura do Declarante

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

Ficha Nr: 297204 Atd: Não Regulado
Data: 26/01/2020
Hora: 17:02:21
Recepção: ANA CLAUDIA XAVIER SANTOS
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE
Nome: JOSELITO DA SILVA COSTA Num. de vezes atendido: 8
Nome Social: NAO INFORMADO Num. Prontuario: 2017.03.000230
CPF: 761.282.024-20
CNS: 708102164062840 Sexo: M IDENTIDADE: 1341844 Fone: 988778465
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 03/12/1969 Id: 50 ano(s)
End.: RUA JOBSON DE ALMEIDA SA, 150
Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB
Mae: CARMEN DA SILVA COSTA Pai: JOAO FAUSTINO DA COSTA
Raça: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: PEDREIRO (FORA EXCECOES) Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Resp.: ESPOSA
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Profissão: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA
Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO
Vitima de violência por: NAO
[] Caso Policial

PRE-CONSULTA CONDICÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO
Tipo de Classificação de Risco: VERDE
PA: FR: [] Aparentemente Bem [] Grave
FC: TP: [] Politraumatizado [] Convulsao
Peso: Altura: [] Hemorragia [] Dispneia
Sílicemia: IMC: [] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd: O2%: [] Regular [] Chocado
[] Vomito
Principal Observação
TRAUMA EM MI

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

an 23 h. Atendido no Hospital
de Trauma e Conduta da Exposição
fui eu que entrei no serviço

Prescrição Horário da medicacão

du 26-01-20 às 18:10
Ao lado: Leônio Pinto Júnior





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Josélio da Góis</u>		Data da Admissão: <u>20/01/02</u>	
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	
Nome da Mãe:			
Endereço:	Bairro:		
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:
Sexo: F () M ()	Cor:	Estado Civil:	Religião:
Escolaridade:		Data de Nascimento <u>/ /</u>	
QPD:			
HDA:			
<u>Ts futebol</u> (E)			
<u>Expo</u>			
Medicações em uso:			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg _____ Prurido []Sudoresc []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Ictericia []Tonturas []Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____			
ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []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-reposo []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:	Jurelito de Oliveira Costa			Registro:		
Idade:	50	Sexo:	M	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	11/2/20	Cirurgião:	Doutor Senna	1º Assistente:		
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:		
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID		
Ferida infectada freio C						
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID		
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO		
Se é feita cirurgia + Tumor ligado						
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim	Descreva:			
		2 () Não				
Biópsia de Congelação:		1 () Sim				
		2 () Não				
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico						

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





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO DA PARAÍBA
SEGUE o trabalho

Receituário

Paciente: JOSELITO DA SILVA COSTA

Idade: 50

Data: 26/01/2020 08:14:00

Sexo: Masculino CPF: 76128202420

BAE: 1218763

ENCAMINHAMENTO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA

PACIENTE COM HISTÓRIA DE TRUAMA NO JOELHO E APÓS QUEDA HÁ HORAS

HD: FRATURA EXPOSTA DE PATELA E

CD: ENCAMINHO CONFORME PACTUACAO.

Igor Queiroz Cavalcante
CRM-PB 17733/CBm - PE 18443

Dr. IGOR QUEIROZ CAVALCANTE

7733/null

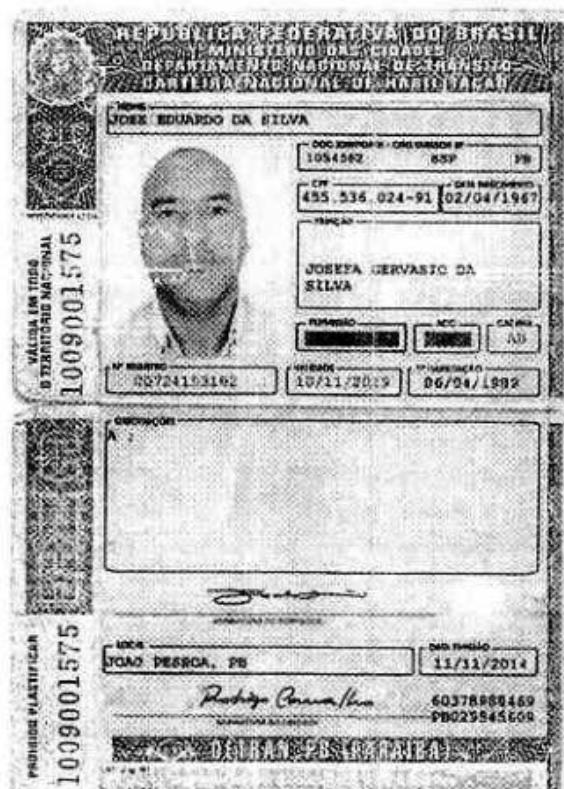
HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

CNES: 2593262 - FONE: (**83) 3216-5736 / 3216-5775



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/11/2020 10:24:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113010245912100000035535986>
Número do documento: 20113010245912100000035535986

Num. 37239460 - Pág. 18





VALIDEZ EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	DATA DE EXPEDIÇÃO 1.341.844 -2 VIA 19/12/2011
NAME	JOSELITO DA SILVA COSTA
PAISAGEM	JOÃO FAUSTINO DA COSTA CARMEN DA SILVA COSTA
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO
JOÃO PESSOA-PB	03/12/1969
DOC. OFICIAL	
NASC. N. 53320 FLS. 74 LIV. 83 CARTÓRIO 2º JOÃO PESSOA PB 761.282.024-20	
Assinatura de Silveira Ribeiro ASSINATURA DO CARTÓRIO LEI Nº 7.110 DE 20/08/90	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/11/2020 10:24:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113010245912100000035535986>
Número do documento: 20113010245912100000035535986

Num. 37239460 - Pág. 20

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200308997 Cidade: Conde Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSELITO DA SILVA COSTA Data do acidente: 25/01/2020 Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE PATELA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: P.1-2(BAM) P.3(CIRURGIA) P.4(RELATÓRIO)

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 30/11/2020 10:24:59
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20113010245912100000035535986>
Número do documento: 20113010245912100000035535986

Num. 37239460 - Pág. 22



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <i>José de Souza Costa Jr.</i>		PRONTO-CARTEIRO:			
IDADE:	SEXO:	DATA DE ADMISSÃO:	DATA DE ALTA:		
DIAGNÓSTICO INICIAL:		DIÁGOSTICO DEFINITIVO:			
<i>Fratura de fôtole</i>		<i>fratura conservada.</i>			
OUTROS DIAGNÓSTICOS:					
PRINCIPAIS EXAMES:					
PROCEDIMENTO REALIZADO:					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:					
ANATOMIA PATHOLOGICA:					
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA:					
CONDICÕES DE ALTA:	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO
RESUMO CLÍNICO	<i>História, evolução e terapêutica complicada.</i>				
DIETA:	<i>ORIENTAÇÕES PÓS ALTA</i>				
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.				
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:	Lava-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.				
MEDICAÇÕES PARA CASA:					
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.				
DATA					ASS. MÉDICO / CRM
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



PROCURAÇÃO

Outorgante José Lito da Silva Costa, brasileiro(a), estado civil casado, profissão ajudante geral, residente e domiciliado à Rua João Paulo de Carvalho, bairro São Bernardo, Municipio de Jaguaruna, Estado de SC, Cep 88300-000, portador(a) do RG nº J-343.842, SSP/SC, CPF nº 765.282.071-26

Outorgado: José Eduardo da Silveira, brasileiro(a),
estado civil casado profissão advogado residente e domiciliado(a) à
Rua: Avenida Euclides Costa, Número 357 bairro: Mangabeira
Município de João Pessoa, Estado de (o) PB CEP: 58056-384
portador (a) do RG: 30545.62 SSP, PB e CPF: 435.536.021-91

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) José Lito da Silva Gesteira, ocorrido em 25/01/2010, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Resende 26 de Junho de 2020

CARTÓRIO VIEIRABATISTA José Lito da Silva Costa
Outorgante CPF N° 761.282-024-20

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autoridade ou verdadeira.



PROCURAÇÃO

Outorgante José Lito da Silva Costa, brasileiro(a), estado civil casado, profissão ajudante geral, residente e domiciliado à Rua Beira Dentro Sobrinho S/N bairro João Paulo, CEP 58.073-600, Município de Jaguaruna, Estado de PR, CPF nº 765.282.021-26, portador(a) do RG nº J-343.842, SSP/PR.

Outorgado: José Eduardo da Silveira, brasileiro(a),
estado civil casado profissão advogado residente e domiciliado(a) à
Rua: Avenida Euclides Costa, Número 357 bairro: Mangabeira
Município de João Pessoa, Estado de (o) PB CEP: 58056-384
portador (a) do RG: 30545.62 SSP, PB e CPF: 435.536.021-91

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) José Lito da Silva Gesteira, ocorrido em 25/01/2010, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.
Processo de natureza invalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Resende 26 de Junho de 2020

CARTÓRIO VIEIRABATISTA José Lito da Silva Costa
Outorgante CPF N° 761.282-024-20

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autoridade ou verdadeira.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0242616/20

Vítima: JOSELITO DA SILVA COSTA

CPF: 761.282.024-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/01/2020

Titular do CPF: JOSELITO DA SILVA COSTA

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE EDUARDO DA SILVA : 455.536.024-91

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

JOSELITO DA SILVA COSTA : 761.282.024-20

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 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: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSE EDUARDO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

