



Número: **0800405-10.2020.8.15.0551**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Remígio**

Última distribuição : **30/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.150,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA (AUTOR)		INACIO BRUNO SARMENTO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
48366864	10/09/2021 11:07	Petição	Petição
48366866	10/09/2021 11:07	2769565_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
48366869	10/09/2021 11:07	2769565_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 19 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200180408

Vítima: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15786748





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, 19 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200180408

Vítima: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01377/01378 - carta_02 - INVALIDEZ

00040689



Carta nº 15791096



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2021 11:07:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091011072066700000045912916>

Número do documento: 21091011072066700000045912916



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

Rio de Janeiro, 04 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200180408

Vítima: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 19/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: **CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA**

Valor: **R\$ 1.350,00**

Banco: **104**

Agência: **000001100**

Conta: **0000037206-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0140867-20 3 - CPF da vítima: 050 015 294 25 4 - Nome completo da vítima: Cicero Luciano de Oliveira

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

5 - Nome completo: Cicero Luciano de Oliveira 6 - CPF: 050 015 294 25
7 - Profissão: Oculista 8 - Endereço: Rua SGT F. de Avelar 9 - Número: 172 10 - Complemento:
11 - Bairro: Furtos 12 - Cidade: Ilhéus 13 - Estado: BA 14 - CEP: 38398000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 8333341289

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: 1100 CONTA: 00037206 2

AGÊNCIA: CONTA:

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 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, 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) ☐ Divorçado ☐ 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 pai/mãe(s)? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO



35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: José Gomes do Nascimento

090 669 764-62

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

José Gomes do Nascimento

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

38 - 1ª Nome: Maria Carmem da Silva

CPF: 051 980 844-91

Maria Carmem da Silva

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Maria da Penha Gomes do Nascimento

CPF: 039 282 434-54

Maria da Penha Gomes do Nascimento

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Comodoro Surudo - PB 18/05/2020.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2021 11:07:21

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listview.seam?x=21091011072066700000045912916

Número do documento: 21091011072066700000045912916



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 0140867-20 3 - CPF da vítima: 050 015 294 25 4 - Nome completo da vítima: Cicero Luciano de Oliveira

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

5 - Nome completo: Cicero Luciano de Oliveira 6 - CPF: 050 015 294 25
7 - Profissão: Oculista 8 - Endereço: Rua SGT F. de Avelar 9 - Número: 172 10 - Complemento:
11 - Bairro: Furtos 12 - Cidade: Ilhéus 13 - Estado: BA 14 - CEP: 38398000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 8333341289

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: 1100 CONTA: 00037206 2

AGÊNCIA: CONTA:

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 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, 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) ☐ Divorçado ☐ 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 pai/mãe(s)? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO



35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: José Gomes do Nascimento

090 669 764-62

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

José Gomes do Nascimento

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

38 - 1ª Nome: Maria Carmem da Silva

CPF: 051 980 844-91

Carmem Carmem da Silva

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: Maria da Penha Gomes do Nascimento

CPF: 039 282 434-54

Maria da Penha Gomes do Nascimento

Assinatura da testemunha

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Comarca de Ilhéus - BA 18/05/2020.

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2021 11:07:21

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listview.seam?x=21091011072066700000045912916

Número do documento: 21091011072066700000045912916

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200180408 **Cidade:** Remígio **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 19/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo facial com fratura cominutiva da parede supero lateral da órbita esquerda (com fragmentos para o interior da órbita, comprimindo o globo ocular), fratura do osso nasal à esquerda e irregularidade do arco zigomático direito (por provável fratura prévia). Traumatismo cranio encefálico com hematoma subgaleal. Ferimento cortocontuso em região frontal, zigomática à esquerda e em couro cabeludo. Laceração em hemiface esquerda e em pé esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico, vítima apresentando deformidade com cicatrizes na face lateral e frontal da face, acima da órbita esquerda e pequeno desnivelamento em relação a órbita direita. Pálpebra esquerda com limitação da abertura total. Sem sequelas neurológicas e/ou pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizada inicialmente limpeza dos ferimentos e sutura, sendo optado por tratamento conservador, permanecendo em observação pela equipe de neurocirurgia, oftalmologia e buco-maxilo-facial por 03 dias no Hospital de Trauma de Campina Grande, com quadro clínico evoluindo sem complicações, recebendo alta hospitalar. Refere não ter realizado mais acompanhamento médico.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/05/2020

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00





**SAMU
192**



**ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE REMÍGIO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

SAMU

Rua: Dr. Luiz Bronzeado s/n – Centro, Remígio..

Remígio 19/11/2019

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que, o **SERVIÇO MÓVEL DE URGÊNCIA (SAMU)**, do município supracitado prestou atendimento pré-hospitalar ao paciente **CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA** portador do RG: 2470316 E CPF: 050015294-25, vítima de acidente em via pública, no dia 19/10/2019. O mesmo foi atendido na cidade de Remígio – PB e no momento da chegada da Equipe para prestar o socorro o mesmo encontrava-se no local, logo após realização dos primeiros socorros e orientação da central de regulação o mesmo foi conduzido pela equipe até o hospital de Trauma de Campina Grande.

CLÁUDIO DE OLIVEIRA SANTOS

Coordenador do SAMU – Remígio- PB

COREN – PB: 531.095

PREFEITURA M. DE REMÍGIO

Cláudio Oliveira Santos
Coord. de Urgência e Emergência



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:	29/05/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.350,00
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01100

CONTA: 000000037206-2

Nr. da Autenticação 66E0FFCC73CD1BD7



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica - : Nº 042.299.628



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

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE FATIMA DE ARAUJO XAVIER
RUA JOSE F DE MEDEIROS 172
REMIGIO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/498174-2

REFERÊNCIA

ABR/2020

APRESENTAÇÃO

20/04/2020

CONSUMO

67

VENCIMENTO

28/04/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 0,00

Acesse: www.energisa.com.br

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/04/2020				
Pagador: MARIA DE FATIMA DE ARAUJO XAVIER CNPJ/CPF: 029.085.244-73				
RUA JOSE F DE MEDEIROS 172 - FREITAS - REMIGIO / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120014588120	000498174202004	28/04/2020	R\$ 0,00	
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Atendimento: 201900494950

Idade: 39 anos

Paciente: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

Data: 20/10/2019

Médico Solicitante: ALFREDO DANIEL

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Áreas de encefalomalácia/gliose frontal e temporal à direita, por provável trauma antigo. Tronco cerebral e cerebelo de aspecto conservado.

Não há calcificações patológicas.

Sistema ventricular com morfologia e dimensões normais.

Ausência de sinais de coleções ou processos expansivos intra ou extra-axiais.

Estruturas da linha mediana sem desvios significativos.

Fratura cominutiva da parede superolateral da órbita esquerda, com insinuação dos seus fragmentos para o inferior da mesma, comprimindo o globo ocular, associada a volumoso hematoma orbitário.

Fratura do osso nasal esquerdo.

Irregularidade do arco zigomático direito, por provável fratura antiga.

Espero hematoma subgaleal com focos enfisematosos em permeio na alta convexidade.

Espessamento do revestimento mucoso de alguns dos seios da face.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 20/10/2019 22:59.

Dra. Catarina A.R. do Nascimento
CRM: 6278 - PB

HOSPITAL METROPOLITANO DOM JOSÉ PIRES
RUA ROBERTO SANTOS CORREIA, S/N - BAIRRO: VÁRZEA NOVA
SANTA RITA-PB - CEP: 58319-000



BMF # 08:46

Paciente vítima de acidente de
moto. Foi reavaliado, não
apresenta sinais de fratura.

C.D. Alta da BMF

② Aos cuidados da NCR

Jorge Eduardo Alves
Cirurgião Bucal
CRO-PA 4696



19/10/2019

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

#BME 00:30

Paciente relata ser vítima de acidente de moto. Encontra-se com sinais de traumatismo, porém colossamente.

EF: Hematoma parietal E
 corte em região frontal, 3 pontos
 e um corte colado.

Corte em base nasal.

Auxílio de captação OMC em pou
 contusão em lóbulos; não repare má
 oclusão.

CD: Sutura

Solicito RX de foca

Procedimento Bnt após RX

Dr. Tasso Assunção - Cirurgião
 Cirurgia Bucal e Maxilofacial
 Rua - 7227

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

- () Centro cirúrgico () Alta hospitalar / () A revelia
 () Internação (setor) () Decisão Médica
 () Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL () Óbito

Suelio Moreira Torres
 Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

SERVIÇOS REALIZADOS:

CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CBO	IDADE



19/10/2019



SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2019004

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
 Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 19/10/2019
 Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: acolhimento

PACIENTE: CICERO LUCIANO DE
 OLIVEIRA 39 ANOS (SAMU)
 REMIGIO

Endereço:

CEP:

Nascimento: 31/12/1969

Sexo:

Telefone:

Cidade:

RG:

Nº: 0

Nome da Mãe:

CPF:

Profissão:

Responsável:

Data de

CNS:

Estado Civil:

Atend: 19/10/2019

CONVÊNIO: SUS

Hora: 19:59:21

OBSERVAÇÃO SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



1. Abrasão
2. Amputação
3. Avulsão
4. Contusão
5. Crepitação
6. Dor
7. Edema
8. Empalhamento
9. Enfisema subcutâneo
10. Esmagamento
11. Equimose
12. F. Arma branca
13. F. Arma de fogo
14. F. Cortado
15. F. Cortante
16. F. Corto-contuso
17. F. Perfuro-contuso
18. F. Perfuro-cortante
19. Fratura óssea fechada
20. Fratura óssea aberta
21. Hematoma
22. Injuriamento Venoso
23. Laceração
24. Lesão tendinosa
25. Luxação
26. Mordedura
27. Movimento torácico paradoxal
28. Objeto Encastrado
29. Otorragia
30. Paralisia
31. Parestesia
32. Queimadura
33. Rinoorragia
34. Sinais de Isquemia
35. Sinais de Isquemia
- 36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIAGNÓSTICO / CID:

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

Vítima de queda de moto, alcoolizado, sem uso de capacete, apresentando laceração em couro cabeludo e em hemiface (E) e em PE (E). Ao exame, pouco consciente, supnético, com cotar cervical.

ALERGIA:

A: Vias aéreas inferiores;

MEDICAMENTOS:

B: Sem alterações no exame do tórax

PATOLOGIAS:

C: Hemodinamicamente estável.

EXAME FÍSICO

D: Consciente, alcoolizado

E: Encolagem em mms e mjt

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow

PA

HGT:

SatO2

+ abdome:

plano, depressível, sem sinais de peritonite.

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

Ultrassonografia:

Radiografias:

ULTRASSONOGRAFIA

Realizada em:

19/10/19

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista:

NCR

BMF

às 20:30

Dia 19/10/19

Especialista:

às :

Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1	SRL 500ml EV - 7 juro	
2		
3	Tubolil 20mg, VANP EV	
4	Dexametasona 4mg, VANP EV	
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Tasso
 Cirurgião
 Emergência
 Hospital de Emergência e Trauma
 Campina Grande - PB 5227

RAIO X
 REALIZADO EM:
 19/10/2019

Dr. Tasso
 Médico Residente
 Emergência
 CRM 9568/PB

etohtcg/impreclassi.php?contar=2019004&dataatend=2019-10-19&horaatend=20:08:27

1/3

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2021 11:07:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091011072066700000045912916>

Número do documento: 21091011072066700000045912916

Num. 48366866 - Pág. 14

21/10/2019

HTCG-Painel Administrativo

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

#BMF 03:50
 → REAVALIAÇÃO
 Paciente vítima de acidente de moto c/ uso
 de cinto. Acidente motociclístico. Encontro
 no momento, consciente e orientado,
 eupórico.
 EF: Elementos vitais em boa
 e curso adequado.
 Exame em boa.
 Tumores periorbitais e comi-
 dural; (OBS: no dia do atendimento
 inicial o paciente apresentava: visão de
 túnel (+); motricidade visual (+).
 Ausência de ruptura ótica em boa.
 CD: Orientação + percepção medicamentosa.
 Alívio de BMF com retorno praxico.
 Prescrição: Dexametasona 4mg, EV e Tiotil 20mg, EV. 400h

DESTINO DO PACIENTE / / às : hs.

() Centro cirúrgico

() Internação (setor)

() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL

() Alta hospitalar /

() A revelia

() Decisão Médica

() Óbito

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

21/10/19 OFTALMOLOGIA

Paciente vítima de acidente de moto c/ uso
 de cinto. Acidente motociclístico. Encontro
 no momento, consciente e orientado,
 eupórico.
 EF: Elementos vitais em boa
 e curso adequado.
 Exame em boa.
 Tumores periorbitais e comi-
 dural; (OBS: no dia do atendimento
 inicial o paciente apresentava: visão de
 túnel (+); motricidade visual (+).
 Ausência de ruptura ótica em boa.
 CD: Orientação + percepção medicamentosa.
 Alívio de BMF com retorno praxico.
 Prescrição: Dexametasona 4mg, EV e Tiotil 20mg, EV. 400h

SERVIÇOS REALIZADOS:

Cirurgia e oftalmologia

Bucodentofacial

Cirurgia e oftalmologia

Bucodentofacial

Cirurgia e oftalmologia

Bucodentofacial

Cirurgia e oftalmologia

Bucodentofacial

Cirurgia e oftalmologia

Bucodentofacial

Cirurgia e oftalmologia

Bucodentofacial

Cirurgia e oftalmologia

Bucodentofacial

Cirurgia e oftalmologia

Bucodentofacial

Cirurgia e oftalmologia

Bucodentofacial

stohctg/impurgencia.php?contar=2019004

2/2

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2021 11:07:21

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091011072066700000045912916

Número do documento: 21091011072066700000045912916

Num. 48366866 - Pág. 15

21/10/2019

HTCG-Painel Administrativo

GOVERNO DA PARAIBA
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA
PRONT (B.E) Nº: 2019004 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 21/10/2019
Boletim de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Ana Tayres Gomes Moreira

PACIENTE: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA 39 ANOS (SAMU) CEP: Nascimento: 31/12/1969

REMIGIO Sexo: Telefone:

Endereço: Idade: 02/19 Bairro:

Cidade: RG: Nº: 0

Nome da Mãe: CPF: Profissão:

Responsável: Data de Atend: 19/10/2019 CNS:

Estado Civil: Hora: 19:59:21 CONVÊNIO: SUS

Motivo: ACIDENTE DE MOTO QUEDA DE MOTO Especialidade:

Médico: CRM:

OBS FICHA: SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)



OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau
DIAGNOSTICO / CID:

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

21/10/19

HTCE em estado de alerta.

glicose 75, pressão 120/80.

FCV: - PA 110/70 mmHg.

ALERGIA: cef - Alta da vida

MEDICAMENTOS: - Avaliar de O/Talud (Comprometido)

PATOLOGIAS: glaucoma - progressivo

EXAME FÍSICO - Avaliar de BNF

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: SatO2

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:

() Gasometria arterial () Radiografias:

() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: BNF, O/Talud às: Dia 21/10/19

Especialista: às: Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO

1 50 mg, 1000 mg IV 12:45

2 Dipirona 1g, IV 13:45

3 13:45

4 13:45

5

6

Dr Alfredo Daniel de S. Neto

Neurologia - CRM/PB 1230 - ROE 5542

CPF 051 484 434-56

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

stohtcg/impreurgencia.php?contar=2019004

1/2

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2021 11:07:21

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091011072066700000045912916

Número do documento: 21091011072066700000045912916

Num. 48366866 - Pág. 16

RECEBIMOS
GENERAL
Nº 001
2470316
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
DATA DE
EXPIRAÇÃO
27 AGO. 1987
CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA
FRANCISCO
José Luciano de Oliveira Neto
Francisca Maria de Oliveira
Azeiteira-PB
Nº 001/ADM/INT
22/03/1980
DATA DE RECEBIMENTO
DIOCESE
Cert. Nasc. 2.010. Fls. 719. v. Liv.
C4. Cart. Dist. de Juazeiro, Azeiteira-PB
Cód.
Judeu Francisco - III
1
Nº 001/ADM/INT
LENY T. 116 DE 230683
5

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		TÍTULO ELEITORAL	
			
NOME DO ELEITOR		CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA	
DATA DE NASCIMENTO	22/03/1980	UF	DF
Município de	AREIA/PB	ZONA	011
		RESOL	0084
MUNICÍPIO ELEITORAL		DATA DE EMISSÃO	
		17/07/2007	
			
Des. Jorge Roberto Norberto Presidente do TRE-PB			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO IMPRESSÃO DIREITA DO ELEITOR

VÁLIDO SOMENTE COM ZANCA DE ZONA VOTICA ELEITORAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Numero de Inscrição

050.015.294-25

Nome

CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

Nascimento

22/03/1980

REAL SERTÃO

Cartão de uso pessoal e intransferível
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão
DEZ/2009

 CORREIOS

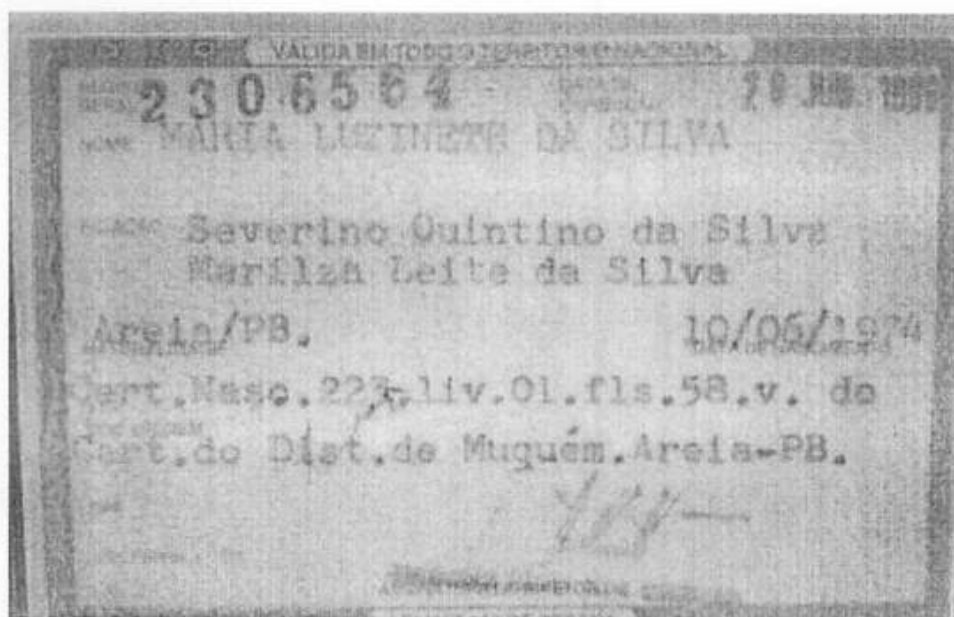


REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PB		Nº 010730048427	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VR	000 REMAT	PRT	20140500005128-6
1	0083071228-3	00/00000000	2014
RODRIGO SANTOS DE OLIVEIRA			
09175322447		MMX4616/PB	
NOVO	PB	9C6KE043040035463	
PAS/MOTOCICLE/NAO APIC		GASOLINA	
YAMAHA/YBR 125E		2004 2004	
2 P/124 /CI		PARTIC PRATA	
IPVA	PAGO EM	30/05/2014	
*****	0		
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
*****		*****	
SEGURO		P A G O	
30/05/2014			
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO			
NAO VÁLIDO PARA TRANSFERENCIA			
ALGODAO DE JANDAIRA - PE		09/06/2014	
14311		31054	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT			
PB Nº 010730048427		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.dpvatsegurodotransito.com.br			
BAC DPVAT 0888 922 1204			
2014		09/06/2014	
1	09175322447	MMX4616/PB	
00830712283		YAMAHA/YBR 125E	
2004	9	9C6KE043040035463	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
PRÊMIO (R\$)	PRÊMIO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
*****	*****	*****	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		CUSTO DO BILHETE (R\$)	
*****		*****	
SEGURO		P A G O	
30/05/2014			
SOTA ÚNICA		PARCELA	
30/05/2014			
SEGURADORA LIDER - DPVAT			
CNPJ 08.248.908/0001-06			
www.segurodotransito.com.br			
31054-0827421-20140609			







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA DI.P.17

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



Suelio Moreira Torres
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Carteira de Identidade



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

3.582.461

DATA DE
EXPEDIÇÃO

11/09/2007

NOME

JOSÉ GOMES DO NASCIMENTO NETO

FILIAÇÃO

EDSON GOMES DO NASCIMENTO

PALMIRA NUNES DO NASCIMENTO

NATURALIDADE

ESPERANCA-PB

DATA DE NASCIMENTO

05/07/1989

NASC.N.610 FLS.189 LIV.A01

DOC ORIGEM

CARTORIO AREIA/PB

CPF

João Pessoa - PB

ASSINATURA DO DIRETOR



ENL 17.416 DE 29/08/83

SEARA DA MCESA DO BRASIL





MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

090.669.764-62

Nome

JOSE GOMES DO NASCIMENTO NETO

Nascimento

05/07/1989



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é responsável pela conta.

Recibo para arquivar juntamente da nota fiscal da energia elétrica. Nº 042 299 828



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc. Est. 16.015.823-9

DADOS DO CLIENTE

MARIA DE FATIMA DE ARAUJO XAVIER
RUA JOSE F DE MEDEIROS 172
REMIGIO

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/498174-2

REFERÊNCIA

ABR/2020

APRESENTAÇÃO

20/04/2020

CONSUMO

67

VENCIMENTO

28/04/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 0,00

Acesse: www.energisa.com.br

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 28/04/2020

Pagador: MARIA DE FATIMA DE ARAUJO XAVIER CNPJ/CPF: 029.085.244-73

RUA JOSE F DE MEDEIROS 172 - FREITAS - REMIGIO / PB - CEP 00000-000

Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120014588120	000498174202004	28/04/2020	R\$ 0,00	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2021 11:07:21

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091011072066700000045912916>

Número do documento: 21091011072066700000045912916

Num. 48366866 - Pág. 24

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0140867/20

Vítima: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

CPF: 050.015.294-25

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/10/2019

Titular do CPF: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA : 050.015.294-25

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: 18/05/2020
Nome: CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA
CPF: 050.015.294-25

CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/05/2020
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3200180408**

Nome do(a) Examinado(a): **CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R JOSE F DE MEDEIROS, 172 - Remígio - PB - CEP 58398-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**ssp /PB**] **2470316**

Data e local do acidente: [**19/10/2019**] **sítio capim de cheiro - BR sentido Areia**

Data e local do exame: [**25/05/2020**] **Campina Grande** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Traumatismo facial com fratura cominutiva da parede supero lateral da órbita esquerda (com fragmentos para o interior da órbita, comprimindo o globo ocular), fratura do osso nasal à esquerda e irregularidade do arco zigomático direito (por provável fratura prévia). Traumatismo cranio encefálico com hematoma subgaleal. Ferimento corto-contuso em região frontal, zigomática à esquerda e em couro cabeludo. Laceração em hemiface esquerda e em pé esquerdo.

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

Ao exame físico, vítima apresentando deformidade com cicatrizes na face lateral e frontal da face, acima da órbita esquerda e pequeno desnivelamento em relação a órbita direita. Pálpebra esquerda com limitação da abertura total. Sem sequelas neurológicas e/ou pé esquerdo.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Realizada inicialmente limpeza dos ferimentos e sutura, sendo optado por tratamento conservador, permanecendo em observação pela equipe de neurocirurgia, oftalmologia e buco-maxilo-facial por 03 dias no Hospital de Trauma de Campina Grande, com quadro clínico evoluindo sem complicações, recebendo alta hospitalar. Refere não ter realizado mais acompanhamento médico.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Dano cranio facial

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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



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

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Estruturas cranio faciais

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Bruno Bezerra Brilhante - CRM: 6492 - PB





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE REMÍGIO/PB

Processo n.º 08004051020208150551

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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 **CICERO LUCIANO DE OLIVEIRA**, 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:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 1.350,00 (um mil e trezentos e cinquenta reais)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

REMÍGIO, 8 de setembro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 10/09/2021 11:07:22
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21091011072190500000045912919>
Número do documento: 21091011072190500000045912919