



09/12/2020

Número: **0823444-85.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **17/05/2019**

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

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|---------------------------------------|---|
| FABIO CAMILO DA SILVA (AUTOR) | FRANCISCO ASSIS FIDELIS DE OLIVEIRA FILHO (ADVOGADO) |
| MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU) | |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|--------------|--------------------|---|-------------------|
| 37623 312 | 09/12/2020 12:37 | <u>2771411_CONTESTACAO_Anexo_01</u> | Outros Documentos |



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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

068.357.949-73

Nome completo da vítima

Fábio Camilo da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | | |
|---------------|-----------------------|----------------------|----------------|----------------|-----------------|
| Nome completo | Fábio Camilo da Silva | CPF titular da conta | 068.357.949-73 | Profissão | Mecânico - |
| Endereço | Rua Projetaor | Número | 59 | Complemento | 3702-69 |
| Bairro | (centro) | Cidade | Conde | Estado | PE |
| Email | fudre.qplat@gmail.com | CEP | 58320-000 | Telefone (DDD) | (83) 99100-0007 |

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | |

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA N.R.O. DIV. CONTA N.R.O. DIV.
AD33 (Informar digito se existir) 016.00066514 (Informar digito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Nome _____ N.R.O. _____

AGÊNCIA N.R.O. DIV. CONTA N.R.O. DIV.
_____ (Informar digito se existir) _____ (Informar digito se existir)

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

Já fizeram, 05 de Maio de 2018
Local e Data

Fábio Camilo da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001.V001/2017



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



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 01017.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01017.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:37 horas do dia 25 de maio de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Fábio Camilo da Silva**, CPF nº 069.357.474-73, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Mecânico de Refrigeração, filho(a) de Maria de Lourdes Camilo da Silva e Não Declarado, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 10/01/1985 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Projeta, bairro [Indeterminado], tendo como ponto de referência Supermercado Irmão Dorge, na cidade de Conde/PB, telefone(s) para contato (83) 98799-6554.

Dados do(s) Fatos:

Local: Francisco Porfirio Ribeiro, Bem Mais, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 31/01/18 08:42h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o notificante, no dia 31/01/2018, por volta das 08:42 hs quando transitava na rua: Francisco Porfirio Ribeiro, em Mangabeira, nesta Capital PB, com o veículo tipo motocicleta Honda CBX 250 TWISTER de cor amarela, ano e modelo: 2007/2008 de PLACA: MOI 5837/PB, chassi nº 9C2MC35008R008364, registrado em nome de João Kennedy Pereira Saldanha, CPF nº 504525504-59; QUE segundo o notificante ao transitar pela rua acima citado, e que vinha de carona, onde a pessoa de Joelisson Sales da Silva, portador do CPF 701.601.554-59 que pilotava o veículo(moto), na ocasião do acidente; QUE segundo o notificante foram trancado por um outro veículo, não sabendo informar marca e modelo, bem como não sabe informar o nome do condutor causador do acidente; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO N°0623/2018, EXPEDIDO PELA DRª ROSSANA DE FATIMA DE ARAUJO BARBOSA, CRM/PB 3533, DATADO DE 17.04.2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido pelo CORPO DE BOMBEIROS; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 25 de maio de 2018.

Fábio Camilo da Silva
FABIO CAMILO DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 01017.01.2018.1.00.420

1/1





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

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

| | | |
|---|---------------------------------|--------------------------------|
| Nome Completo da Vítima <i>Fábio Camilo da Silva</i> | CPF da Vítima 068.304.496-13 | Data do Acidente 31/01/2018 |
|---|---------------------------------|--------------------------------|

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

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

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Fábio Camilo da Silva
Local e Data
Fábio Camilo da Silva, 30 de Maio de 2018

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017





VISTO EM: 23/105/18

Comandante do BAPH
Katty Sabrina do N. Silva

TEN CEL QOBM-521.280 4

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 22 de Maio de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0218/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 31/01/2018, conforme requerimento nº 228/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 08h42min o/a Sr.(a) FÁBIO CAMILO DA SILVA, CPF 069.357.474-73, vítima de acidente de trânsito (colisão carro x moto), ocorrido na rua Francisco Porfirio Ribeiro , Mangabeira,– João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-46 tendo como chefe o CB BM JULIANA DE ALCÂNTARA BRONZEADO, Matrícula: 526.058-2 . Vítima consciente e orientada, apresentando escoriações nos MMSS e MMII com possível fratura de tibia e escoriações na região lateral direita do abdômen. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Complexo Hospitalar de Mangabeira-(CHM).

Para constar, eu Jânio Damião Carneiro de Alencar- 3º SGT BM, Mat. 520.030-0, auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

JYHARMESON DIEGO A. DE SOUSA
TEN MAT 527.341-2
Chefe da 3ª Seção



Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar,
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbs@bombeiros.pb.gov.br



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: 18/07/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO CAMILO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000066514-7

Nr. da Autenticação 798D5B1B91A61F16



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 12:37:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120912371998800000035894195>
Número do documento: 20120912371998800000035894195

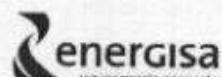
Num. 37623312 - Pág. 5

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundavila de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/bolota de energia elétrica N° 008.151.460



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 29 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-400
CNPJ 09.095.163 / 0001-45 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MAYARA IRINEU DA SILVA
RUA PROJETADA SIN
CONDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1378484-8

REFERÊNCIA

MAI/2018

APRESENTAÇÃO

09/05/2018

CONSUMO

92

VENCIMENTO

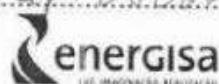
16/05/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 52,77

Cap: 28321-000

Acesse: www.energisa.com.br



MAYARA IRINEU DA SILVA

Rotino: 03-021-415-3860

83620000000-5 52770054000-8 13784842018-8 05700021019-5

| VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR | MATRÍCULA |
|------------|---------------|-------------------|
| 16/05/2018 | R\$ 52,77 | 1378484-2018-05-7 |



(83) 99853-5086
(83) 99100-0607



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 12:37:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120912371998800000035894195>
Número do documento: 20120912371998800000035894195

Num. 37623312 - Pág. 6



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

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

Pelo exposto, eu, Fábio Camilo de Araújo, inscrito (a) no CPF 021.462.164-131, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Fábio Camilo de Araújo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.357.479-43, do sinistro de DPVAT cobertura Indenização da Vítima Fábio Camilo de Araújo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 069.357.479-43, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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 | | Número | Complemento |
|----------|--|--------------------------|------------------------|
| Bairro | Rua Francisco Holanda Ribeiro Coutinho | 101 | 51 203 |
| Cidade | João Pessoa | Estado | PB |
| Email | suelio.dpvat@gmail.com | CEP | 58026-450 |
| | | Telefone comercial (DDD) | Telefone celular (DDD) |
| | | (83) 99100-5604 | (83) 9991-5058 |

Jádson Ferreira 05 de Junho de 2015
Local e Data

Assinatura do Declarante

DLDRL-001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 12:37:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120912371998800000035894195>
Número do documento: 20120912371998800000035894195

Num. 37623312 - Pág. 7

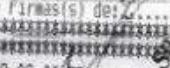
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSÉ KENNEDY PEREIRA SALDANHA,
RG nº 1.118.564, data de expedição 23/105/2005 2º via
Órgão SSP-PB, portador do CPF nº 504525504-59 com
domicílio na cidade de SOBÓ PESSOA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
AU. 4: MAIO - Bairro YACUARIBE nº 583,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Fátima Camilo da Silva, cujo o condutor era
Joelzinho Sales da Silva.

Veículo: **Fls / Motocicleta** | Usado Aplic.
Modelo: **Honda CBX 250+WT S IER**
Ano: **2004 - 2008**
Placa: **MDT-583341 PR**
Chassi: **ACJMC35008R008369**
Data do Acidente: **31/08/2015**
Local e Data: **27-02-2018**

Assinatura do Declarante

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

| | |
|--|---|
|  <p>SOU70 NOTARIA PÚBLICA DO RIO DE JANEIRO Praça Mauá, 10 - Centro - Rio de Janeiro - RJ Tel.: 22-2100-0000</p> | <p>INÍCIO DE NOTAS IP TRABALHOS DE PROTECTOR TÉCNICA 100% V3 PROTECTOR ESPC MICROSOFT WORD PÔRTEUS 100% AUTOMATIZADA PARA RECUPERAÇÃO</p> |
| <p>Rconhão, como autêntica e verdadeira, o(s) 17/08/15 de:</p> <p>JOÃO KENNEDY PEREIRA SALDANHA</p> <p>Em test. da verdade. João Pessoa-PB 21/02/2019 08:44:13 José Francisco da Silva - Escrivente (2018-004054) EML:RS \$9,48 FARENSIS 0,28 FEPJAFS 1,96 ISS-RJ \$ 0,00</p> <p>SELO DIGITAL: A6J08775-C0RK</p> <p>Confira a autenticidade em https://selodigital.tjpb.jus.br</p> | |
|  <p>José Francisco da Silva Notário Poder Civil</p> | |





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

| | | | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| NOME: <i>Fábio Barreto de Oliveira</i> | | | | PRONTUÁRIO N°: | | |
| IDADE: | SEXO: | COR: | CLÍNICA: | OBITO | INF. | ÓBITO |
| DATA DE ADMISSÃO: | DATA DE ALTA: | | | TEMPO DE PERMANÊNCIA: | | |
| 31/01/18 | 02/02/19 | | | | | |
| DIAGNÓSTICO INICIAL: | <i>Fractura do fêmur esq</i> | | | | | CID: |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: | <i>Osteite</i> | | | | | |
| OUTROS DIAGNÓSTICOS: | | | | | | |
| PRINCIPAIS EXAMES: | <i>Radiografia + e.f.</i> | | | | | |
| PROCEDIMENTO REALIZADO: | | | | | | |
| <i>Nucl + Desbridamento + Raff.</i> | | | | | | |
| TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA: | | | | | | |
| ANATOMIA PATOLÓGICA: | | | | | | |
| INFECÇÃO F.O. | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | COLETA DE MATERIAL | <input type="checkbox"/> SIM | <input type="checkbox"/> NÃO | RESULTADO BACTERIOLOGIA: |
| CONDIÇÕES DE ALTA: | MELHORADO | REMOVIDO | A PEDIDO | CURADO | ÓBITO | |

| |
|---|
| RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES) |
| <i>Paciente subiu escadas, o resultado é sangue de urinário por trânsito. Fazia 30 dias com dor aguda da articulação do joelho esq. Doloroso ao toque, sem medicamentos e se recuperava lentamente.</i> |
| |
| |
| |

| ORIENTAÇÕES PÓS ALTA | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|
| DIETA: | <i>lata</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: Lavar 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: <i>Reabilitação 000g + Adm + Antieft.</i> | | | | | | |
| RETORNO | Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <i>Dr. Reinaldo Borges</i> em 30 dias para revisão. 15 dias | | | | | |
| DATA: <i>02/02/19</i> | | | | Dr. Leopoldo Miranda Médico CRM-PB-377 ASS. MÉDICO / CRM | | |
| Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. | | | | | | |





06

CERTIDÃO

Nº. 0623/2018

Atendendo solicitação de **FABIO CAMILO DA SILVA** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 98920 e Prontuário nº2018.01.004361, pertencentes a mesmo que foi atendido dia 31/01/2018 às 09H18min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em membro inferior esquerdo.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 31/01/2018 com alta médica dia 02/02/2018.

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

João Pessoa, 17 de abril de 2018

033.3533
Rossana de Fatima de Araujo Barbosa
Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

| | | | |
|---|---|---------------|------------|
| Nome: <u>Flávia comil</u> | Data da Admissão: <u>21/01/18</u> | | |
| Prontuário: | Idade: | Enfermaria: | Leito: |
| Nome da Mãe: | | | |
| Endereço: | Bairro: | | |
| Cidade: | Estado: | Fone: | Profissão: |
| Sexo: F () M () | Cor: | Estado Civil: | Religião: |
| Escolaridade: | Data de Nascimento / / | | |
| QPD: | | | |
| HDA: | <u>I don't know e olfamido?</u> <u>e Perg. Pern</u> (10) | | |
| Medicações em uso: | | | |
| Interrogatório Sintomatológico: | | | |
| Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Ictericia []Tonturas []Outros: _____ | | | |
| Pele: _____ | | | |
| Cabeça e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____ | | | |
| AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispnéia []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.



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa [] HTF
 [] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____
 Dislipidemias _____ ▼ _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg
 FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____
 Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Eritema e gosto amargoConduta: Ag. Blv. círculo

Dr. Luciano Neto
 CRM-PB 8498
 CAA-PB





RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | | |
|---|-----------------------|-----------|----------|-----------------------------|
| Nome: FLÁVIA CÂMILA DA SILVA | | | | Registro: |
| Idade: | Sexo: | Cor: | Clínica: | EMP: LR: |
| Data: 31.01.18 | Cirurgião: Dr. Wilson | | | 1º Assistente: Dr. Enzo (3) |
| 2º Assistente: | 3º Assistente: | | | Instrumentador: |
| Anestesista: | Tipo Anestesia: | | | Horário: I: T: |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | CID |
| Fistula exognorium (6) | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | CID |
| Drenagem | | | | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | | CÓDIGO |
| retag. abd + fissão int. | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (x) Não | | Descreva: | | |
| Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (x) 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



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo: Paciente em Decúbito - Dorsal
Transtornos Sobe Anestesiado
Anatomia + Anterior
Aparato genitourinário

Incisão:**Achados:****Conduta:**

- Tumor com 10 cm de diâmetro antero-posterior.
- Dissecção da Paroxistática
- Fissura do pecten.
- Reduzido para + fixado.
- Interno com placas ORCP.
- Total de 09 cm + 8 mm.
- Cintura pecten.
- Ligaduras SFT.

Fechamento:

- cinto fálico

OBS:

Data: 31/02/18

Dra. Suelio Moreira Torres CRM 04902
MÉDICO/CRM



Dr .Anuar Murad Filho

Clínica Médica

C.R.M-PB : 8.742

LAUDO MÉDICO :

O paciente Fabio Camilo da Silva é portador do CID : S 82 apresentando dor crônica, acompanhado de edema em perna esquerda proveniente de fratura ocasionado por acidente de motocicleta. A lesão teve como seqüela uma limitação de 50 % dos movimentos do membro afetado.

Anuar Murad Filho
Médico
CRM-PB 8.742

DIAGNÓSTICO SEGUNDO EXAME DE IMAGEM :

Segue em anexo :

DIAGNÓSTICO SEGUNDO ANAMNESE + EXAME FÍSICO :

Dr. Anuar Murad Filho

C.R.M : 8.742

23-07-2018



Eco Medical Center Cartaxo (C.N.P.J : 29.055.582/0001-41)

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



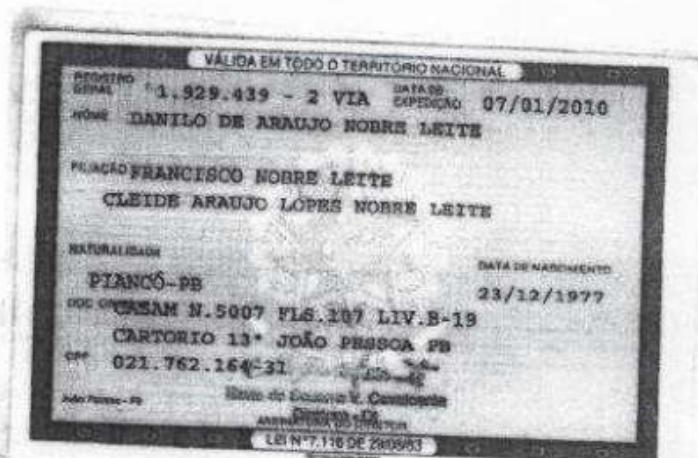
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 12:37:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120912371998800000035894195>
Número do documento: 20120912371998800000035894195

Num. 37623312 - Pág. 16



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 12:37:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120912371998800000035894195>
Número do documento: 20120912371998800000035894195

Num. 37623312 - Pág. 17



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 12:37:20
<http://pj.e-justice.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2012091237199880000035894195>
Número do documento: 2012091237199880000035894195

Num. 37623312 - Pág. 18

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180260313 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO CAMILO DA SILVA **Data do acidente:** 31/01/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de ossos da perna esquerda.

Descrição do exame Ao exame: 02 cicatrizes anterior da perna esquerda com limitação moderada da flexo extensão de tornozelo
médico pericial: esquerdo.
Uso de muletas para deambular .

Resultados terapêuticos: Cirurgiado na urgência e alta em 02-02-2018.
Acompanhamento fisioterápico e ambulatorial .

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 12/07/2018

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor: ratificamos o percentual de indenização estabelecido pelo examinador.
Procedida avaliação médica na cidade de João Pessoa.

Médico examinador: Umberto Jansen de Morais Lima

CRM do médico: 5769

UF do CRM do médico: PB

DANOS

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

PRESTADOR

MOZES E SZTRAJMAN MÉDICOS ASSOCIADOS S/C LTDA

Médico revisor: SILVIO SZTRAJTMAN

CRM do médico: 40115

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



**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: **3180260313**

Nome do(a) Examinado(a): **FABIO CAMILO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA PROJETADA, SN - CENTRO - Conde - PB - CEP 58322-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp /PB**] **3163968**

Data e local do acidente: [**31/01/2018**] **MANGABEIRA- JOÃO PESSOA**

Data e local do exame: [**29/08/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA EXPOSTA DA Perna ESQUERDA.

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

PACIENTE COM CICATRIZ CIRÚRGICA TERÇO ANTERO INFERIOR Perna ESQUERDA (VIA DE ACESSO CIRÚRGICO), SEM ATROFIAS MUSCULARES, SEM DEFORMIDADES EM MEMBRO, MOBILIDADE NO TORNOZELO ESQUERDO NORMAL, JOELHO E QUADRIL ESQUERDO TAMBÉM NORMAIS. REFERE EDEMA CRÔNICO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO E DEFÍCIT DE FORÇA, FORÇA MÁXIMA REDUZIDA EM 10% EM RELAÇÃO AO MEMBRO CONTRALATERAL. REFERE DOR CRÔNICA Perna ESQUERDA.

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

[] Sim [] Não

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

PACIENTE DEU ENTRADA NO HOSPITAL EM 31/01/2018 COM FRATURA EXPOSTA DA Perna ESQUERDA. FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE URGÊNCIA. FEITA REDUÇÃO CRUENTA+ LIMPEZA DE FERIDA + FIXAÇÃO INTERNA DE FRATURA COM PLACA E PARAFUSOS. EM 02/02/2018 RECEBEU ALTA PARA ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL. REFERE QUE TEVE ALTA AMBULATORIAL EM JULHO DE 2018.

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:

Limitação funcional do membro inferior esquerdo

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):

Membro inferior esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Nota do revisor: "PI" pago anteriormente (MS em 12/07/2018): 12,5% da IS. Conduta mantida.



Douglas Michalane Pires Teixeira - CRM: 5336 - PB



**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: **3180260313**

Nome do(a) Examinado(a): **FABIO CAMILO DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA PROJETADA, SN - CENTRO - Conde - PB - CEP 58322-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**Ssp /PB**] **3163968**

Data e local do acidente: [**31/01/2018**] **João Pessoa pb**

Data e local do exame: [**12/07/2018**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura exposta de ossos da perna esquerda

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

Acidente em 31-01-2018 Ao exame : 02 cicatrizes anterior da perna esquerda com limitação flexo extensão de tornozelo em 50 %. Uso de muletas para deambular .

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

[**X**] Sim [] Não

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

Cirurgiado na urgência e alta em 02-02-2018. Acompanhamento fisioterápico e ambulatorial .

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

[**X**] Sim [] Não

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

Limitação motora

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

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



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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser
repetida em ___ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Umberto Jansen de Moraes Lima - CRM: 5769 - PB

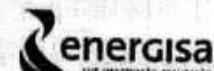


DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/titular da energia elétrica.: N° 010.050.548



IEZ (IMPRENSA ELETRÔNICA)
ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 320, Km 29 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-482
CNPJ 06.398.183 / 0001-49 Inf. Esc. 10.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

MAYARA IRINEU DA SILVA
RUA PROJETADA 5N
CONDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1378484-8

REFERÊNCIA

AGO/2018

APRESENTAÇÃO

09/08/2018

CONSUMO

0

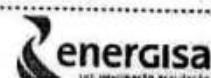
VENCIMENTO

16/08/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 0,00

Acesse: www.energisa.com.br

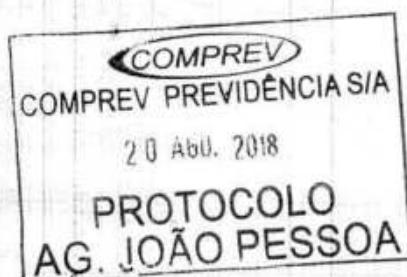
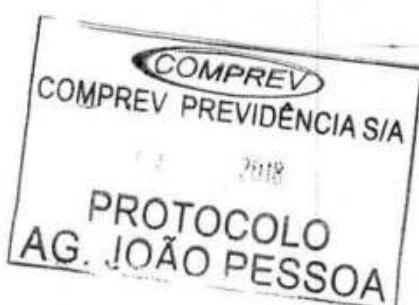


MAYARA IRINEU DA SILVA
Rodízio: 03-021-4154880
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 16/08/2018

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR MATRÍCULA
16/08/2018 R\$ 0,00 1378484-2018-08-1

(83) 99855-5088

Para remarcar perícia



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Fábio Camilo da Silva

Nacionalidade: Brasileiro (a) Est. Civil: Casado.

Profissão: Mecânico.

Identidade: 3.163.968-9 Lia CPF: 069.357.449-179

Endereço: Rua Juatáda, 59,
Coutinho, Londrina, Paraná, CEP: 58311-000

OUTORGADO:

Nome: Danilo de Araújo Nobre Leite

Nacionalidade: Brasileiro (A) Est. Civil: Casado

Profissão: Prestador de Serviços

Identidade: 1.929.439 SSP/PB CPF: 021.762.164-31

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

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

Local e Data: João Pessoa, 05 de maio de 2018.



Fábio Camilo da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVÍCIO NOTARIAL "VIEIRABATISTA" - OFÍCIO DISTRITAL
Dra. Suelio Moreira Torres - Notária Pública - Ofício: Distrital - Rio Grande do Norte - Brasil
Praça XV de Novembro, 40 - Centro - 58010-000 - João Pessoa - PB - CEP: 58010-000 - Fone/Fax: (83) 3222-1111

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) a seguir:
FÁBIO CAMILO DA SILVA

Em test da verdade, João Pessoa-PB, 05/02/2018, às 11:57:13
Maricleide Alexandre da Silva Moraes - ESCRIVÃO DE AUTO
(2018-0082463)EROL:R# 89, 18 FARPM:R# 228 REJ:R# 1, 90
SELO DIGITAL: AGLO3468-UNUF

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

NOTARIAL
DISTRITAL
JOÃO PESSOA-PB
VIEIRABATISTA





Rio de Janeiro, 09 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: FABIO CAMILO DA SILVA

Sinistro: 3180260313
Vítima: FABIO CAMILO DA SILVA
Data do Acidente: 31/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DANILo DE ARAUJO NOBRE LEITE

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número 3180260313 foi interrompido, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

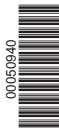
Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01879/01880 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13068691



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 12:37:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120912371998800000035894195>
Número do documento: 20120912371998800000035894195

Num. 37623312 - Pág. 27

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2018

Carta nº: 13142605

A/C: FABIO CAMILO DA SILVA

Nº Sinistro: 3180260313
Vitima: FABIO CAMILO DA SILVA
Data do Acidente: 31/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DANILÓ DE ARAUJO NOBRE LEITE

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: FABIO CAMILO DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001033

Conta: 0000066514-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

| | | |
|------------------|-----|----------|
| Multa: | R\$ | 0,00 |
| Juros: | R\$ | 0,00 |
| Total creditado: | R\$ | 1.687,50 |

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: FABIO CAMILO DA SILVA

Sinistro: 3180260313
Vítima: FABIO CAMILO DA SILVA
Data do Acidente: 31/01/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: DANILo DE ARAUJO NOBRE LEITE

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número 3180260313 foi interrompido, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01995/01996 - carta_02 - INVALIDEZ



00030998

Carta nº 13167/007



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 12:37:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120912371998800000035894195>
Número do documento: 20120912371998800000035894195

Num. 37623312 - Pág. 29



Rio de Janeiro, 29 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **FABIO CAMILO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180260313**

Vitima: **FABIO CAMILO DA SILVA**

Data do Acidente: **31/01/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **DANILO DE ARAUJO NOBRE LEITE**

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o número de sinistro **3180260313**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01807/01808 - carta_09 - INVALIDEZ



Carta nº 13303753



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/12/2020 12:37:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120912371998800000035894195>
Número do documento: 20120912371998800000035894195

Num. 37623312 - Pág. 30