



05/02/2021

Número: **0800168-54.2021.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **05/01/2021**

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
JOSE FREITAS DA SILVA (AUTOR)	MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
39146 142	05/02/2021 14:35	<u>2781426_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTÓR 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:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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 casos abaixo. Assinale uma opção)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: CONTA: 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varascer): 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 áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 116939 68444 4 - Nome completo da vítima: José Freitas da Silva

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

5 - Nome completo: JOSE FREITAS DA SILVA 6 - CPF: 116939 68444

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 75

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 58280-000

15 - E-mail: Cinthia - qnto@hotmail.com 16 - Tel.(DDD):

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:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5 000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0044 CONTA: 001158 76 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Name do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que 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 discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varascer): 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 áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

40 - Local e Data

*baú Pernac, 16 de março de 2020
José Freitas da Silva*

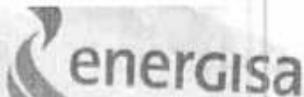
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



MARIA FREITAS DE SENA
RUA SEVERINO HORACIO DA SILVA, 76 - GURGURI
MAMANGUAPE / PB CEP: 58280000 (AG. 14)



Ligação MONOFÁSICO
Cle/Sbc RES MTC B1 / RESIDENCIAL - BAIXA RENDA
Rodero 14 - 14 - 120 - 2540 Referência: Fev/2020
Medidor: 00008797440 Emissão: 20/02/2020

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
Br 230, Km 26 - Cristo Redentor - João Pessoa/PB - CEP 58071-690
CNPJ 09.095.193/0001-40 - Inscrição Estadual 16.015.823-0

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N°09349963
Cód. para DBA Automatizado: 00007944803

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referência

Apresentação

Data prevista da
proxima leitura

CPF/CNPJ/R.U.F.

Fev / 2020

20/02/2020

23/03/2020

068.806.464-76

Ins. Est.

UC (Unidade Consumidora):

5/794490-3

Canal de contato:

Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436, de 28 de abril de 2002.
Conheça a Gisa, nossa atendente virtual do WhatsApp?
Elá pode te ajudar com informações sobre débitos,
enviar à segunda via da conta de energia e até fazer pedido
de Relação de Salvo no seu número e
nos chame sempre que precisar! (83) 99135-5540

Anterior	Atual	Consumo	Dias					
Data	Leitura	Data	Leitura					
22/01/20	9452	20/02/20	9636	1	183	29		

Demonstrativo

CCI	Descrição	Quantidade	Tarifa(C)	Valor Base(Calc.)	Alô ICMS(R\$)	ICMS	Base de Cal. PIS(R\$)	PIS/COFINS(R\$)	Outros(R\$)
Rebultos Total(R\$) ICMS(R\$) ICMS PIS/COFINS(R\$) (1,9401%) (4,3302%)									
0801	Consumo ate 50kWh-BR	30.000 0,169290	8,04	8,04	27	2,17	8,04	0,07	0,36
0801	Consumo - 51 a 100kWh-BR	70.000 0,469360	32,19	32,19	27	8,88	32,19	0,30	1,39
0801	Consumo - 101 a 220kWh-BR	83.000 0,699990	57,28	57,28	27	15,48	57,28	0,54	2,48
0801	Adic. B Amarela		0,76	0,76	27	0,20	0,76	0,01	0,03
0810	Subsídio		43,14	43,14	27	11,65	43,14	0,40	1,87
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
0807	CONTRIBUIÇÃO LUMI PÚBLICA		10,50	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 01/2020		0,69	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 01/2020		5,16	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 01/2020		0,08	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
0908	Devolução Subsídio		-29,22	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00

CCI - Código de Classificação do Item TOTAL 128,62 141,39 38,17 141,39 1,32 8,12
Tarifa s/ tributos Até 50kWh 0,1691720 Até 100kWh 0,4691620 Até 220kWh 0,6991620

Média Últimos meses (kWh)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

281

02/03/2020

R\$ 128,62

Histórico de Consumo (kWh)

172		152		178		178		150		127		142		378		399		418		471		368		
Fev/19		Mar/19		Abr/19		Mai/19		Jun/19		Jul/19		Agosto/19		Sep/19		Set/19		Out/19		Nov/19		Dez/19		Jan/20

RESERVADO AO FISCO

c6bf.4b51.35dd.44de.3c75.55c9.01c9.4048.

Declarações de Qualidade

Composição do Consumo

Limites
de Amplitude

Apurado

Limite de Tensão

Discriminação

Valor

Scanned with CamScanner

PREFEITURA 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: 278772 Atd: Nao Regul
Data: 13/11/2019
Hora: 14:10:07
Recepctionista: ANA CLAUDIA XAVIER S
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE
Nome: JOSE FREITAS DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
Nome Social: NAO INFORMADO Num. Prontuario: 2019.11.001531
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 116.939.684-44
CNS: 161922941440003 Sexo: M IDENTIDADE: 4052808 Fone: 91577416
Natural: MAMANGUAPE/PB Data Nasc.: 09/12/1994 Id: 24 ano(s)
End.: RUA SEVERINO HORACIO DA SILVA, 59
Bairro: GURGURI Cidade: MAMANGUAPE UF :PB
Mae: MARIA FREITAS DE SENA Pai: SEVERINO SOARES DA SILVA
Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: AGRICULTOR Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO
Resp.: ESPOSA- JERUZA
Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Procedencia: HOSPITAL DO TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem	[] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado	[] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia	[] Dispneia
Glicemia:	IMC:	[] Diarreia	[] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[] Regular	[] Chocado
[] Vomito			

Queixa Principal

FRATURA EM PATELA DIREITA *Hospitalar* VEIO DO HEETSHL

Ex Rx gxr da Pata (R) + SN OVULHO

Historia - Exame Fisico - hora do atendimento medico
Fratura em Pateira direita com comunicação com nervos e vasos.

Diagnostico

Pa exalta da Pata (R) Conduta 110 *Colagico*

Prescricao *040,51.5000, (R) 1000* Horario da medicacao

035. Pata Direita

Dr. Frederica Souza
CRM-PB 4001
CRM-PB 4001





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 14:35:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020514351987300000037316153>
Número do documento: 21020514351987300000037316153

Num. 39146142 - Pág. 5

DENATRAN

MINISTÉRIO DAS CIDADES

ESTE DOCUMENTO DEVE SER ENTREGUE AO DIRETORIA DE TRÂNSITO E TRANSPORTES DA MÍNISTÉRIO DAS CIDADES, PARA SER COLOCADO NO SISTEMA DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULOS.

TRANSPORTADAS DURANTE O PERÍODO DE VIGÊNCIA DO SEGURO DPVAT.

DETAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
L-VIA — COD. RENAVAT 20191500000218 Expirado

L
A
R
C
R
E
1
00457278684
00/00000000
2019

JOSE FREITAS DA SILVA

Home

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

CPF/CNPJ
11693968444
PLACA
NQG0923/PB

DATA DE EMISSÃO
2019/02/2019
CHASSI
9C2KC1660CR510414

COMBUSTIVEL
ALCOOL/GÁSOL

ANO FAB.
2011

ANO MOD.
2012

MARCA/MODELO
HONDA/CG 150 TITAN EX

CATEGORIA
PARTIC

VENC. COTA UNICA
1º

VENC./COTAS
2º

FAXXAIPIVA
55555555555

PARCELAMENTO/COTAS
3º

PRÉMIO TARIFÁRIO
IPVA, PAGO EM
1º P/ 149 / CI

DATA DE PAGAMENTO
30/01/2019

SEGURADA
SEM RESERVA DE DOMÍNIO

NÃO VENDO PÁRA TRANSFERÊNCIA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.606/0001-04

40886-1207478-20190220

DEZ-2018

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200138080 Cidade: Mamanguape Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JOSE FREITAS DA SILVA Data do acidente: 13/11/2019 Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA DIREITA. P1.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P5.

ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANALISE MEDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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 - 05/02/2021 14:35:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020514351987300000037316153>
Número do documento: 21020514351987300000037316153

Num. 39146142 - Pág. 7

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0107824/20

Vítima: JOSE FREITAS DA SILVA

CPF: 116.939.684-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 13/11/2019

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Titular do CPF: JOSE FREITAS DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE FREITAS DA SILVA : 116.939.684-44

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: 02/04/2020
Nome: JOSE FREITAS DA SILVA
CPF: 116.939.684-44

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/04/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

JOSE FREITAS DA SILVA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 14:35:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020514351987300000037316153>
Número do documento: 21020514351987300000037316153

Num. 39146142 - Pág. 8

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE FREITAS DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02009-5

CONTA: 000000032661-5

Nr. Autenticação
BRADESCO27042020050000000002370200900000032661168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 14:35:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020514351987300000037316153>
Número do documento: 21020514351987300000037316153

Num. 39146142 - Pág. 9



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASL:		3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
		116 939 684 44	José Freitas da Silva	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
5 - Nome completo:		6 - CPF:		
7 - Profissão:		8 - Endereço:		
Agricultor		R. Sequeirino Horácio da Silva		
9 - Número:		10 - Complemento:		
11 - Bairro:		12 - Cidade:		
Cururupu		MAMANGUAPÉ		
13 - Estado:		14 - CEP:		
PB		58280-000		
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD):		
Cinthia - qnlo@hotmail.com				
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MÉNOR ENTRE DA 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:				
<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1,00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00				
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)				
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os títulos abaixo. Resalte uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) Nome do BANCO: Bradesco		
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)				
AGÊNCIA: 2009		CONTA: 0032664 5		
(informar o dígito se excluir)		(informar o dígito se excluir)		
(informar o dígito se excluir)		(informar o dígito se excluir)		
Autorizo à seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, recontabilizando 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):				
<input checked="" type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou <input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou <input type="checkbox"/> 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 as custas da Seguradora Lider 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 contestar-la, caso discorde da sua constatação.				
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE				
23 - Estado Civil da Vítima:		24 - Data do óbito da vítima:		
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo				
25 - Grau de Parentesco com a vítima:		26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
		27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		29 - Se tinha filhos, informar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
tive filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		30 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Vivos: Falecidos:		31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
		32 - Se tinha irmãos, informar <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
		33 - Vítima deixou <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
		pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte a aqueles beneficiários que se apresentarem nessa condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.				
34		35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido		
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido		38 - 1º Nome: _____ CPF: _____		
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido		39 - 2º Nome: _____ CPF: _____		
40 - Local e Data: São Gonçalo, 20 de Abril de 2020		Assinatura da testemunha		
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		43 - Assinatura do Procurador (se houver)		

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPE.001 V002/2019

Num. 39146142 - Pág. 10





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, 06 de Abril de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200138080

Data do Acidente: 13/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FREITAS DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15685006



220 00875/00876 - carta 01 - INVAN IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 14:35:20
<http://pj.e-justice.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020514351987300000037316153>
Número do documento: 21020514351987300000037316153

Núm. 39146142 - Pág. 11



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, 15 de Abril de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200138080 Vítima: JOSE FREITAS DA SILVA

Data do Acidente: 13/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JOSE FREITAS DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00463/00464 - carta 25 - INVALIDEZ

00020232



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 14:35:20
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020514351987300000037316153>
Número do documento: 21020514351987300000037316153

Núm. 39146142 - Pág. 12



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, 30 de Abril de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200138080 Vítima: JOSE FREITAS DA SILVA

Data do Acidente: 13/11/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FREITAS DA SILVA

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: JOSE FREITAS DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002009-5

Conta: 0000032661-5

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 | <input type="checkbox"/> 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)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: CONTA: 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varascer): 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 áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - NÃO ALFABETIZADO ALFABETIZADO

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

40 - Local e Data:

38 - 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

TESTEMUNHAS



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 02343.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 02343.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:15 horas do dia 04 de março de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Jose Freitas da Silva**, CPF nº 116.939.684-44, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Agricultor, filho(a) de Maria Freitas de Sena e Severino Soares da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 09/12/1994 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no (a) Rua Severino Horácio da Silva, Nº 59, tendo como ponto de referência Não Informado., na cidade de Mamanguape/PB, telefone(s) para contato (83) 99157-7416.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Visconde de Itaparica, De Frente a Igreja Católica., Mamanguape/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 13/11/19 07:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo o declarante no dia 13/11/2019 por volta das 07:00 horas quando pilotava a moto: HONDA/CG 150 TITAN EX; ano/mod: 2011/2012 de cor azul de placa: NQC0923/PB CHASSI: 9C2KC1660CR510414 pertencente ao declarante, Que transitava pela Rua Visconde de Itaparica, Centro, Mamanguape-PB, Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando o veículo não identificado, que estava logo à sua frente, freou abruptamente em cima de um quebra-molas, Que o declarante tentou desviar porém acabou colidindo com uma pilastra , Que devido ao fato o declarante veio cair e se lesionar sendo socorrido por terceiros para o HOSPITAL REGIONAL DE MAMANGUAPE onde foi transferido em seguida para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA a posteriormente, transferido, para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY, onde foi diagnosticado, de acordo com o LAUDO MÉDICO - RELATÓRIO DE CIRURGIA, FRATURA EXPOSTA DE PATELA DIREIT, conforme LAUDO MÉDICO em anexo.

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

João Pessoa/PB, 04 de março de 2020.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

JOSE FREITAS DA SILVA
Noticiante

Procedimento Policial: 02343.01.2020.1.00.401

1/1



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 05/02/2021 14:35:20
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21020514351987300000037316153>
Número do documento: 21020514351987300000037316153

Num. 39146142 - Pág. 15

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

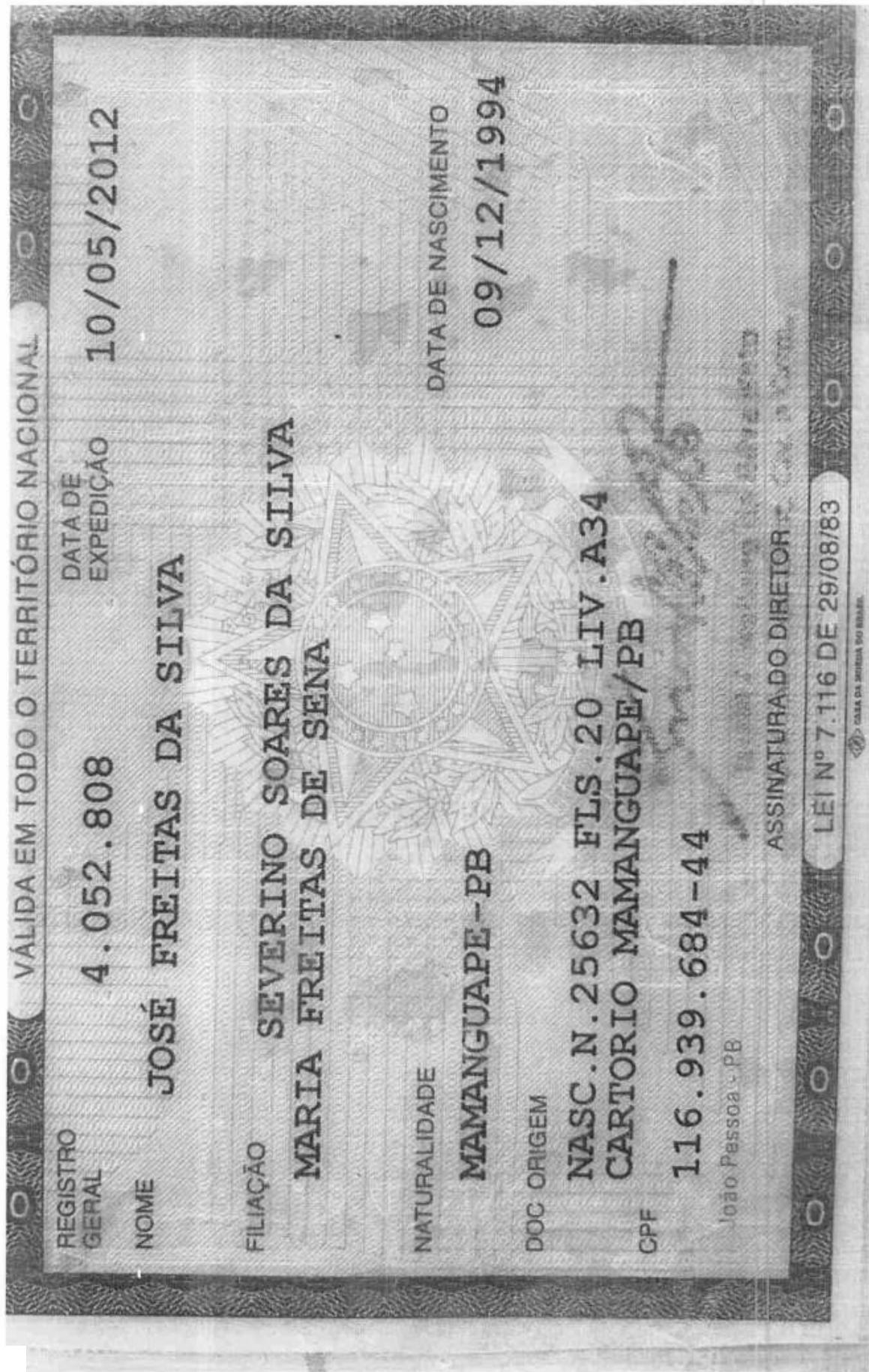
Assinatura e Carimbo da Enfermeira (a) Responsável pelo plantão:

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

- () Residência () Transferido () Desistência () U.T.I
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado () S.V.O () I.M.L





tránsito del Banco Central, ya sea en caso de pérdida o robo, comisión

2009 5 00326615

AUTHOR'S SIGNATURE

2009 RELEASE UNDER E.O. 14176

卷之三

GEOGRAPHICAL AND CLIMATE VARIATION IN BIODIVERSITY

卷之三



44

Dinner Club

四

四

卷之三





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: JOSÉ PESSOA DA SILVA Data da Admissão: 13/11/19
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: 001 000 000 000 000

HDA:

Fratura exposta de joelho (0). (PNTL)
(M + 8H de evolução)
AB 000 000 000 000 000

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: []Cefaleia []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 _____

300/02



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

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: _____

Conduta: 1º TAC + INVESTIGAÇÕES P/ATO.

2º TAC ATO DEFINITIVO

2º TAC





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: 5056 F. OR 514 VN				Registro:
Idade: 13/11/19	Sexo: M	Cor:	Clinica:	EMP: LR:
2º Assistente:	3º Assistente:	1º Assistente: DR. F. ALVES		
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Instrumentador: Horário: I: T:		
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO <i>Exame PAP</i>				
CID				
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO <i>Urina</i>				
CID				
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) - hml + sutura				
CÓDIGO				

Acidente durante Ato Cirúrgico 3 () Sim 2 (✓) Não Descreva:

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

Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:

Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4() Outro durante o Ato Cirúrgico



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	P.L. L.M. D.G. SOA MOVIMENTOS. ASSISTENTE + ANESTESISTA + NOVAZO 90 (AMBI)
Incisão:	INCISÃO AMEROR HOMOLOGADA AO NÍVEL DE PATELA (0) NÚCLEOS
Achados:	SENULENTO DE EXPOSITO (N PATELA). VISUALIZAÇÃO DO FRATURA FRACTURAS
Conduta:	EM PATELA (0). L.M. EXCISIVA (N SF + DESBROZAMENTO DE TECIDO QUÍTANOS).
	LETRA (N NYLON E.) + CRISTAL
Fechamento:	
OBS:	

Data: 13/11/19


Soc. de Jundiaí - Ortopedia
CRM-SP 3901
MÉDICO/CRM

