



16/07/2021

Número: **0800130-36.2021.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **14/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 0,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
AILTON JOSE GOMES (AUTOR)		FLAVIANA DA SILVA CÂMARA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
45863354	16/07/2021 14:46	Petição	Petição
45863356	16/07/2021 14:46	2783770_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
45863357	16/07/2021 14:46	2783770_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO











PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200394892 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: AILTON JOSE GOMES **Data do acidente:** 11/08/2020 **Seguradora:** Tokio Marine Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA RÁDIO DISTAL DIREITO.(P-2)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(PLACA, FIXAÇÃO, PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.
P-4-5-6-7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO 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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO

Outorgante: Ailton José Gomes, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão prof. de matemática, residente e domiciliado à Rua dos Nils Piccini, nº 421, bairro Upulor, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 53.210-644, portador(a) do Rg nº 1.449.106, SSP/ 15 e CPF nº 452.410.644-00.

Outorgado: Flaviana da Silva Bomero, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua da República, nº 210, bairro Centro, Município de João Pessoa, Estado de(o) PB, Cep: 53.079-624, portador(a) do RG nº 20.711.90, SSP/ 15 e CPF nº 48.079.624-69.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr(a) Ailton José Gomes, ocorrido em 11/08/2020, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo. Processo de natureza criminal.

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

f. Pessoa, 03, de 11, de 2020.

X Ailton José Gomes
Outorgante
CPF Nº 452.410.644-00

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313612/20

Vítima: AILTON JOSE GOMES

CPF: 752.410.644-00

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 11/08/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AILTON JOSE GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

AILTON JOSE GOMES : 752.410.644-00

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: 04/11/2020
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2020
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0313612/20

Vítima: AILTON JOSE GOMES

CPF: 752.410.644-00

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

Data do acidente: 11/08/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: AILTON JOSE GOMES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FLAVIANA DA SILVA CAMARA : 048.079.624-69

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

AILTON JOSE GOMES : 752.410.644-00

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: 04/11/2020
Nome: FLAVIANA DA SILVA CAMARA
CPF: 048.079.624-69

FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/11/2020
Nome: MARCELA DO CARMO DE LIMA
CPF: 708.601.964-02

MARCELA DO CARMO DE LIMA





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 Dezembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200394892

Vítima: AILTON JOSE GOMES

Data do Acidente: 11/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FLAVIANA DA SILVA CAMARA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), AILTON JOSE GOMES

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 dos punhos
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: **AILTON JOSE GOMES**

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

Banco: **001**

Agência: **000001268-8**

Conta: **0000034338-2**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07334.01.2020.1.00.402

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07334.01.2020.1.00.402, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 13:08 horas do dia 22 de outubro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Flagrantes de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Pedro Ivo Soares Bezerra, matrícula 1685007, e lavrado por Nathielle Ferreira Bulcão, Agente de Investigação, matrícula 1820036, ao final assinado, compareceu **Ailton Jose Gomes**, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Operador, filho(a) de Maria Jose Martins Gomes e Jose Francisco Gomes, natural de Cruz do Espírito Santo/PB, nascido(a) em 02/09/1969 (51 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nilo Peçanha, Nº 421, bairro Alto das Populares, tendo como ponto de referência Perto da Igreja, na cidade de Santa Rita/PB, telefone(s) para contato (83) 98728-0470.

Dados do(s) Fatos:


Local: Br 230 Km 41, Xxxx, Santa Rita/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 11/08/20 01:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

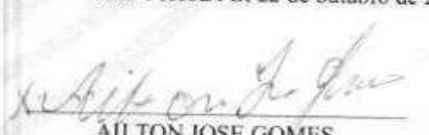
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE no dia 11 de agosto de 2020 foi vítima de um acidente de trânsito, por volta das 1h, no trajeto do trabalho para casa, BR 230, KM 41, na cidade de Santa Rita/PB. Que estava a bordo de sua moto de placa OGD 3456 /PB, modelo Fan Honda CG, 150, preta, ano 2013, quando foi atingido por outra moto, cuja placa não foi identificada pelo notificante. Que houve uma colisão e o notificante ficou ferido, sendo socorrido para o Complexo Hospitalar Governador Tarcísio Buriti de Mangabeira.

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 22 de outubro de 2020.


NATHIELLE FERREIRA BULCÃO
Agente de Investigação


AILTON JOSE GOMES
Notificante



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:	01/12/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: AILTON JOSE GOMES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01268-8

CONTA: 000000034338-2

Nr. da Autenticação 2809BCAE69CBB8D9



**CAGEPA**COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaribe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-870 - CNPJ: 09.123.864/0001-67PARA CONTATO COM A CAGEPA,
ENVIAR ESTE NÚMERO

MATRÍCULA

6809553

REFERÊNCIA

01/2020

CONTA DE CONSUMO DE ÁGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

AHLTON JOSE GOMES
AV NILO PECANHA, 421 - POPULAR SANTA RITA PB
58301-205

Inscrição		SMI	Quantidade de Economias				Responsável
			Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
003.005.170.0108.000		000	1	0	0	0	
Hidrómetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto			
Y14N330721	12/09/2014	EXT LACRILHADO	POTENCIAL				
ANTERIOR	ATUAL	CONSUMO (M3)	NÚM DE DIAS	PROXIMA LEITURA			
1434	1455	21	29	07/11/2020			
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 MS.							
SET/2020	28	PARÂMETROS EXIG. ANALIS. CONFORMES					
AGO/2020	24	TURBIDEZ 79 98 98					
JUL/2020	21	CLORO 79 98 98					
JUN/2020	22	PH 8 0 0					
MAI/2020	28	COR 20 70 70					
ABR/2020	22	COL.TOTAIS 79 98 98					
MEDIA(M)	24	DADOS REFERENTES A: AGO/2020					

DATA DA IMPRESSÃO: 07/10/2020

HORA DA IMPRESSÃO: 07:40:09

DESCRIÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 37,91 POR UNIDADE	10 M3	37,91
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,89 POR M3	10 M3	48,90
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,45 POR M3	1 M3	6,45
ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 8,61 PIS E CONFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO: 19/10/2020

Total a Pagar:

R\$ 93,26



CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA

CAGEPA CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

SENHORES USUÁRIOS, INFORMAMOS QUE DEVIDO A PANDEMIA CAUSADA PELA COVID-19 (CORONAVÍRUS) ESTAMOS DIRECIONANDO TODO ATENDIMENTO AO PÚBLICO PARA OS CANAIS VIRTUAIS: CALL CENTER (115), REDES SOCIAIS



PEDRO JOSE DA SILVA
RUA DA REPUBLICA 390 - VARADOURO
CEP 58010-180 - JOAO PESSOA / PB (AG: 1)
CPF/CNPJ/RANI: 116.204.834-40



Cte/Sbc: RESIDENCIAL/BAIXA RENDA BPC MONOFÁSICA
Roteiro: 06-0001-409-3140 Medidor: 00008162616



CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00002800126

VALOR DA FATURA

R\$ 267,96

VENCIMENTO

17/07/2020

REFERÊNCIA

JUL/2020

CONSUMO

12,53kWh
MÉDIA DIÁRIA

376 kWh

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRIPTIVO									
CCI	Descrição	QUANT.	TARIFA C/IMPOSTOS	Valor Total (R\$)	BASE CALC. ICMS (R\$)	Alq. ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	BASE CALC. PIS-COFINS (R\$)	PIS (%) COFINS (%)
601	Consumo acima de 220kWh-B	156	0,773060	120,59	120,59	27	32,56	120,59	1,26 5,78
601	Consumo - 101 a 220kWh-BR	120	0,695750	83,49	83,49	27	22,54	83,49	0,87 4,01
601	Consumo - 31 a 100kWh-BR	70	0,463840	32,46	32,46	27	8,76	32,46	0,33 1,56
601	Consumo até 30kWh-BR	30	0,270570	8,11	8,11	27	2,19	8,11	0,08 0,38
610	Subsídio			46,01	46,01	27	12,42	46,01	0,48 2,21
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS									
908	Desenvolp Subsídio			-30,90	0	0	0,00	0	0 0
807	CONTRIB SERV.LUM.PÚBLICA			12,23	0	0	0,00	0	0 0
999	BÔNUS ITAPU LEI 10438/2002 12/2019			-4,03		0			

CCI: Código de Classificação do Item Total: 267,96 290,66 76,47 290,66 3,02 13,94

RESERVAÇÃO FISCAL df00.97ba.4347.d312.5a71.6244.109b.0c6a									
HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)					COMPOSIÇÃO DO CONSUMO				
JUL19	197	LEITURAS			Descrição		Valor(R\$)	%	
AGO19	314								
SET19	329	Anterior 10/06/20			Serv Dist.		64,55	23,73	
OUT19	322	Atual 10/07/20			Compra de Energia		80,47	29,59	
NOV19	315				Serviço de Transmissão		9,60	3,53	
DEZ19	296	Consumo 376 kWh			Encargos Setoriais		9,71	3,57	
JAN20	329	Período 30 dias			Impostos Diretos e Encargos		107,66	39,58	
FEV20	342	Constante do medidor 1			Outros Serviços		0,00	0,00	
MAR20	262								
ABR20	262								
MAY20	262								
JUN20	531	PRÓXIMA LEITURA			Total		271,99	100,00	
JUL20	357	11/08/2020			Valor do EUSD(Ref 05/2020): R\$ 81,86				

INDICADORES DE QUALIDADE (REFERÊNCIA - 05/2020 - Conjunto Ita do Bispo)					
META	MENSAL	APURADO	TRIMEST.	ANUAL	LIMITE DE TENSÃO
Horas que o cliente ficou sem energia - DIC	4,83	0,00	9,67	19,34	Nominal 220 V
Viçes em que o cliente ficou sem energia - FIC	3,17	0,00	6,35	12,70	Constatada 202 V
Duração da maior interrupção de energia no período - DMIC	2,69	0,00			Limite inferior 202 V
Duração da interrupção individual em dia crítico - DICRI	12,22				Limite superior 231 V

ATENÇÃO SEGUNDA VIA DE CONTA

- Em 30 de junho de 2020, foi aprovado pelo Conselho Fiscal o desconto de 100%, concedido através da Medida Provisória nº 955/20 de 04/06/2020, com validade até 30/06/2020. A partir de 1º de julho de 2020 os descontos esgotaram-se e a partir de 01 de julho de 2020 os descontos esgotaram-se e a partir de 01 de julho de 2020 os descontos esgotaram-se.

- De 01 a 30 de junho de 2020 os clientes com consumo de 0 a 20 kWh receberam 60% de desconto.

- De 01 a 30 de junho de 2020 os clientes com consumo de 21 a 100 kWh receberam 40% de desconto.

- De 01 a 30 de junho de 2020 os clientes com consumo de 101 a 220 kWh receberam 10% de desconto.

- De acordo com a Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002, para promover sua saúde, a Energisa está pronta para te ajudar pelas redes virtuais: site, App Energisa CH e Whatsapp (81) 36135-5546.

- Sua unidade foi faturada como Baixa Renda, tendo um desconto de R\$30,90.

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

Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 047.249.249 - Emissão: 09/07/2020

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL			
00190.00009 03150.244006 10371.951178 5 83190000026796			
PAGADOR: PEDRO JOSE DA SILVA CNPJ/CPF: 116.204.834-40			
RUA DA REPUBLICA 390 - VARADOURO - JOAO PESSOA / PB - CEP 58010-180			
Nosso-Número	Nº Documento	Data de Vencimento	Valor Pago
31502440010371951	280012-2020-07-7	17/07/2020	267,96
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 - 16/07/2021 14:46:08

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071614460736700000043579456

Número do documento: 21071614460736700000043579456



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

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O presente formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido na Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A falta das informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da Circular SUSEP 445/12, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELA LICITAÇÃO E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, AMPLA, 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 9.313/96.

Declaro, sob as penas da lei, e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 297 do Código Penal.

Declaro, sob as penas da lei, e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 297 do Código Penal.

Inscrito(a) no CPF sob o nº 048.079.624, 69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Atton Jose Gomes, inscrito(a) no CPF sob o nº 752410644-00

de sinistro de DPVAT cobertura Incalidez, da vítima Atton Jose Gomes

Inscrito(a) no CPF sob o nº 7524, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro profissão: Renda: e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Nenhum dos anteriores

Declaro ainda, sob as penas da lei, e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 297 do Código Penal.

Endereço: Rua da República	Número: 390	Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: João Pessoa	Estado: PB
E-mail:	CEP: 58010-180	Tel.(DDD):

Local e Data: João Pessoa, 03/11/2020

Flaviana da Silva Amorim
Assinatura do Declarante

001 V001/0017



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
Fone: () - CNPJ:

Ficha Nr: 334679 Atd: Nao Regul
Data: 11/08/2020
Hora: 00:14:28
Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: AILTON JOSE GOMES
Nome Social: NAO INFORMADO CPF:
CNS: 898004615550121 Sexo: M IDENTIDADE: 1449106 Fone: 987280470
Natural: CRUZ DO ESPIRITO SANTO/PB Data Nasc.: 09/02/1969 Id: 51 ano(s)
End.: RUA NILO PECANHA, 421
Bairro: POPULAR Cidade: SANTA RITA UF: PB
Mae: CRUZ DO ESPIRITO SANTO Pai: JOSE FRANCISCO GOMES
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO Estado Civil: CASADO(A)
Ocupacao: OPERADOR DE MAQUINA NAO ESPECIFICADA Escolaridade: NAO INFORMADO
I: XMACOES DE ENTRADA
Resp.: AILTON JOSE GOMES
Tel/Doc. Responsavel: 987280470 / IDENTIDADE: 1449106
Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[x] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco:

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
G. emia: IMC:
Cl. Abd: Q28:

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao



Receituário

Paciente: AILTON JOSE GOMES

Idade: 51

Data: 10/08/2020 21:25:27

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

BAE: 1250769

ENCAMINHAMENTO

ENCAMINHO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA DE ACORDO COM
PACTUAÇÃO O PACIENTE ACIMA IDENTIFICADO. VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO,
SOFREU FRATURA FECHADA DO RÁDIO DISTAL DIREITO TIPO BARTON VOLAR .
PEQUENA ESCORIAÇÃO NO DORSO DA ULNA DISTAL , FEITO CURATIVO E
IMOBILIZAÇÃO TALA AXILO PALMAR .
CD: AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA DO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA


Dr. Rodrigo Castro do Amaral
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PB 4847 / SBOT 8331

Dr. RODRIGO CASTRO DO AMARAL
4847/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-050





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: ALTON JOSÉ GOMES Data da Admissão: 11.08.20
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento 1/1

QPD: _____

HDA: Paciente com trauma
em punho
na região: dor e
trauma

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 Pescoço: [] 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 [] Solução [] 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-reposou [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade
[] Amnésia [] Libido [] Humor





Nome: <u>Gilton Jox Gomes</u>				Registro:	
Idade: <u>57</u>	Sexo: <u>Masculino</u>	Cor:	Clínica: <u>Ortopedia</u>	EMP:	LR:
Data: <u>18/08/2020</u>	Cirurgião: <u>Dr. Teófilo</u>			1º Assistente: <u>Dr. Eduardo R3</u>	
2º Assistente: <u>Dr. Valdeir R3</u>	3º Assistente: <u>Dr. Antonio R1</u>	Instrumentador:			
Anestesista: <u>Dr.</u>	Tipo Anestesia: <u>Bloqueio</u>	Horário: I:		T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Fratura do Rádio Distal Direita</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>O mesmo</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>RAFI com Placa e Parafusos</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não			Descreva:		
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____ [] HTF

Cirurgias: _____

[] 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: *Rx*Hipóteses Diagnósticas: *fx MS 2º e 3º distal -*Conduta: *pro com 2000**Dr. Thales*
Dr. Klenio F. da Nóbrega
CRM 11.094/PB
Ortopedia e Traumatologia

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito dorsal sob Anestesia
Gerais e Antiespasmódicos
Após a limpeza da pele por Eteron

Incisão:

Achados:

- Fratura do Rádio Distal Direito

Conduta:

- Realizado Redução Aberta com
placa 4 furos + Fixação com 3 parafusos
na consolidação do osso.
- Realizado Sutura.
- Realizado Curativo.
- RX de controle.

Fechamento:

OBS:

Rafael Dr. Teófilo
Antônio B.S. Neto
Médico
CRM - RJ - 13.125

Data: 18/01/2020.

MÉDICO/CRM





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: **Ailton José Gomes** ENFERMARIA/LEITO: **17/160**
IDADE: **51** SEXO: **Mas** CLÍNICA: **ORTOPEDIA**
DATA DE ADMISSÃO: **11/08/2020** DATA DE ALTA: **19/08/2020** TEMPO DE PERMANÊNCIA: **8 DIAS**

DIAGNÓSTICO INICIAL: **FRATURA DE RÁDIO DISTAL E** CID: **S52**

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: **O MESMO**

OUTROS DIAGNÓSTICOS:

PRINCIPAIS EXAMES: **RADIOGRAFIA DEMONSTRANDO FRATURA**

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:

ANATOMIA PATOLÓGICA: **INFECÇÃO DE F.O. () SIM (X) NÃO** COLETA DE MATERIAL () SIM (X) NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA:

CONDIÇÕES DE ALTA: **(X) MELHORADO () REMOVIDO () A PEDIDO () CURADO () ÓBITO**

RESUMO CLÍNICO:
Paciente portador(a) de fratura de rádio distal foi submetido(a) a tratamento cirúrgico através de redução cruenta + fixação com placa e parafusos. Recebe alta em boas condições clínicas e retorno ambulatorial.

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: **Livre ou conforme já realizada pelo paciente se diabético, hipertenso, renal crônico, etc...**
REPOUSO: **Relativo em casa por: 15 DIAS**
Retorno às atividades sem esforço físico em: 30 DIAS
Retorno às atividades com esforço físico leve em 45 DIAS e com esforço maior em 90 DIAS.
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: **Lavá-la com água e sabão duas vezes ao dia. Não colocar produtos tópicos no lugar.**
Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.
MEDICAÇÕES PARA CASA: **Antibiótico, Anti-inflamatório e Analgésico**

RETORNO: **Ao posto de saúde em 21 DIAS.** Médico: **Dr Teófilo**
Ao ambulatório do Complexo Hospitalar Mangabeira em 15 dias para revisão.

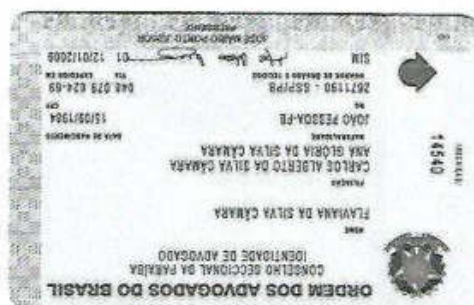
19/08/2020

Data

David Pierre Lorena Matias
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 13263

Assinatura do Médico

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para DMI, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo n.º 08001303620218152003

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 **AILTON JOSE GOMES**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 13 de julho 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 - 16/07/2021 14:46:09
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21071614460891700000043579457>
Número do documento: 21071614460891700000043579457