



Número: **0800007-19.2021.8.15.0231**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Mista de Mamanguape**

Última distribuição : **04/01/2021**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GERALDO MARQUES DOS SANTOS (AUTOR)	ANCELMO ANACLETO DE ARAUJO JUNIOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
53959 148	03/02/2022 15:21	<u>Petição</u>	Petição
53959 749	03/02/2022 15:21	<u>2801104_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_Anexo_02</u>	Outros Documentos
53959 751	03/02/2022 15:21	<u>2801104_MANIFESTACAO_SOBRE_DOCS_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/02/2022 15:21:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2202031521064850000051124493>
Número do documento: 2202031521064850000051124493

Num. 53959148 - Pág. 1



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 2021

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3210102715 Vítima: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/12/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GERALDO MARQUES DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

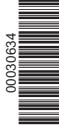
Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01267/01268 - carta_03 - INVALIDEZ



00030634

Carta nº 16759133



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/02/2022 15:21:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2202031521072150000051124494>
Número do documento: 2202031521072150000051124494

Num. 53959749 - Pág. 1



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, 22 de Junho de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210102715 **Vítima: GERALDO MARQUES DOS SANTOS**

Data do Acidente: 20/12/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GERALDO MARQUES DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01379/01380 - carta_02 - INVALIDEZ



00020690

Carta nº 15920781



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/02/2022 15:21:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2202031521072150000051124494>
Número do documento: 2202031521072150000051124494

Num. 53959749 - Pág. 2



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, 10 de Julho de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210102715 **Vítima: GERALDO MARQUES DOS SANTOS**

Data do Acidente: 20/12/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), GERALDO MARQUES DOS SANTOS

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 SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, 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. 00347/00348 - carta_25 - INVALIDEZ



00010174



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/02/2022 15:21:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020315210721500000051124494>
Número do documento: 22020315210721500000051124494

Num. 53959749 - Pág. 3



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 Julho de 2021

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3210102715 Vítima: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 20/12/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GERALDO MARQUES DOS SANTOS

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\$ 7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%.

Graduação: Em grau intenso 75%
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: **GERALDO MARQUES DOS SANTOS**

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 001

Agência: 000002547-X

Conta: 0000026032-0

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



BANCO DO BRASIL S.A.

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: 23/07/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02547-X

CONTA: 000000026032-0

Nr. da Autenticação D9965721FA845685



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/02/2022 15:21:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020315210721500000051124494>
Número do documento: 22020315210721500000051124494

Num. 53959749 - Pág. 5

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210102715 **Cidade:** Curral de Cima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO MARQUES DOS SANTOS **Data do acidente:** 20/12/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do platô tibial esquerdo. Fratura exposta da patela esquerda, com perda óssea importante do polo superior. Fratura da patela esquerda. Fratura do tornozelo esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho valgo, flexão aos 30°, extensão aos 10°, ausência de derrames articulares, presença de atrofias no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 25°, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico de urgência com a colocação de fixador externo transarticular em membro inferior esquerdo, que posteriormente foi convertida para síntese interna com placa e parafusos no planalto tibial esquerdo, parafusos na patela e tratamento conservador da fratura do tornozelo esquerdo, evoluindo com consolidação viciosa da fratura do platô tibial esquerdo. Atualmente, apresenta marcha claudicante à esquerda, hipotrofia muscular de todo o membro inferior, rigidez articular do joelho esquerdo, limitação de mobilidade articular do tornozelo esquerdo, edema residual em tornozelo esquerdo e joelho esquerdo, déficit e força motora do membro inferior esquerdo.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau severo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 05/07/2021

Conduta mantida:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau intenso - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
		Total	52,5 %	R\$ 7.087,50



**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: **3210102715**

Nome do(a) Examinado(a): **GERALDO MARQUES DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua do Meio, , Proximo ao Lava Jato, Mamanguape/PB**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSDS / 4114347**

Data e local do acidente: **20/12/2020 - Curral de Cima/PB**

Data e local do exame: **05/07/2021 - João Pessoa/PB**

Coordenadas Geográficas: **latitude: -7.09096 , longitude: -34.83913**

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura exposta do platô tibial esquerdo. Fratura exposta da patela esquerda, com perda óssea importante do polo superior. Fratura da patela esquerda. Fratura do tornozelo esquerdo.

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

Realizado tratamento cirúrgico de urgência com a colocação de fixador externo transarticular em membro inferior esquerdo, que posteriormente foi convertida para síntese interna com placa e parafusos no planalto tibial esquerdo, parafusos na patela e tratamento conservador da fratura do tornozelo esquerdo, evoluindo com consolidação viciosa da fratura do platô tibial esquerdo.

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

Ao exame físico do joelho esquerdo apresenta joelho valgo, flexão aos 30°, extensão aos 10°, ausência de derrames articulares, presença de atrofias no segmento, sem amputação, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento. Apresenta na região observada mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior. Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 25°, presença de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação.

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

Sim

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

Sim

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

Apresenta marcha claudicante à esquerda, hipotrofia muscular de todo o membro inferior, rigidez articular do joelho esquerdo, limitação de mobilidade articular do tornozelo esquerdo, edema residual em tornozelo esquerdo e joelho esquerdo, déficit e força motora 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"

() "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.

Membro Inferior Esquerdo - Intenso - 75%

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



Dr. João Barbosa P. Rabelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 4510





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 039.461.197-64 3 - CPF da vítima: 039.461.197-64 4 - Nome completo da vítima: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo: GERALDO MARQUES DOS SANTOS 6 - CPF: 039.461.197-64
 7 - Profissão: PINTOR INDUSTRIAL 8 - Endereço: RUA DO MEIO 9 - Número: SIN 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: SERTÃOZINHO 12 - Cidade: MAMANGUAPÉ 13 - Estado: PB 14 - CEP: 56.280-000
 15 - E-mail: ancelmoaanachito.adv@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (83)98175-5781

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Inclui os bancos abaixo. Recorde uma noção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

CONTA CORRENTE (Inclui os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco (237)

AGÊNCIA: 209 CONTA: 0045536 9

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 elevação 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 [Lei nº 6.194/74], uma vez que:

- 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 30 (trinta) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não
 teve filhos? _____ pais/avós vivos? _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidos, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição. Estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34
Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, MAMANGUAPÉ, 24 DE MARÇO DE 2021.

geraldo marques dos santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2021

Ocorrência nº. 360/2021

Aos VINTE E QUATRO dias de MARÇO de DOIS MIL E VINTE E UM, nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **CRISTIANE SILVA DE MEDEIROS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 17h:2min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

GERALDO MARQUES DOS SANTOS, conhecido(a) por GERO, Identidade nº 4.114.347 2ª VIA-SSDS/PB, CPF nº 089.461.197-64, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: pintor industrial, filho(a) de Pai não declarado e Zuleide Marques dos Santos, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 04/02/1980 (41 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua do Meio, s/n, Sertãozinho, tendo como ponto de referência: Lava Jato, na cidade de Mamanguape/PB, fone(s) para contato: (83) 999373-1895 (CLARO/ZAP).

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cometidas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 20 de dezembro de 2020;
- 3) **Horário do fato:** 19h:0min;
- 4) **Local do fato:** BP 071, próximo a entrada de Curral de Cima/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Trauma de João Pessoa/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** Sim;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(elas) habilitado?** Não;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com sua obrigações tributárias?** Prejudicado

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

01 - VEÍCULO1: MOTOCICLETA HONDA CG 125 KS, ANO/MODELO 2009, COR PRETA, PLACA MOP 2024, CHASSI FINAL 27911, RENAVAN 0013855032-8, Licenciada em nome de EDIVALDO RODRIGUES DO NASCIMENTO, conduzido por GERALDO MARQUES DOS SANTOS;
02 - VEÍCULO2: VW/GOL, PLACA MNC 0629, conduzido por EDNALDO COSTA DE LIMA;

7) Breve resumo do fato:

QUE no dia e hora acima citado o condutor do veículo 01 seguia da cidade de Mamanguape/PB, com destino a Curral de Cima/PB; QUE em sentido contrário, o condutor do veículo 02 tentou desviar de um buraco, invadiu a pista contrária e colidiu de forma frontal com o veículo 01, conduzido pelo noticiante; QUE ambos os veículos estavam com o farol alto, o que pode ter contribuído para o acidente ter ocorrido; QUE pouco tempo depois o noticiante foi socorrido para o Hospital de Trauma de João Pessoa/PB, passou por cirurgia (CIDs.: 10S82.1, 10S82.0, 10S82.6 e T14.9) e ficou internado aproximadamente três meses; QUE o noticiante afirma não ter CNH para conduzir veículo automotor.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Não há.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

geraldo marques dos santos

GERALDO MARQUES DOS SANTOS

Comunicante

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 168.5911

Digitalizada com CamScanner



**DECLARAÇÃO DE AUSÉNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DIPNAT 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 VITIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem erros. 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 deve assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal")

Casos com vítima entre 16 a 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 imediatada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Cognominativo da Vítima **Geraldo Alves dos Santos** **CPF da Vítima** **024.461.194-49** **Data do Acidente** **20/12/2020**

REPRESENTANTE LEGAL DA VITIMA.

Nome Cognominativo do Representante Legal

E-mail

CPF do Representante Legal

Telefone (DDO)

Deciso, sob as penas da lei que entou imposta, atuldo de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de

incêndio, sob o Seguro DIPNAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinando 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 realiza perícias com preço superior a 90 (noventa) Reais

O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com preço superior a 90 (noventa) Reais do respectivo pedido.
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DIPNAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que este declare que permitiu o prosseguimento da análise da minha documentação para a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal (IML) concordando, desde já, em me submeter à prática médica as custas da Seguradora Lider DIPNAT para a correta avaliação da existência e efericío do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Assinatura **Gevaldo Alves dos Santos** **Local e Data** **24 de Maio de 2020**

Assinatura do Representante Legal

Assinatura do Representante Legal

Local e Data



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota
fiscal/conta de energia elétrica: Nº 060.917.335



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 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE:

ZELEIDE M***** D** S*****

RUA DO ME** S/* 58280000
MAMANGUAPE

Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA
5/1453723-7

www.energisa.com.br [@energisa](https://www.facebook.com/energisa)



REFERÊNCIA
MAR/2021



APRESENTAÇÃO
19/03/2021



CONSUMO
73 kWh



VENCIMENTO
26/03/2021



TOTAL A PAGAR
R\$ 69,01

Destaque aqui

BANCO DO BRASIL S A		001-9	00190.00009 03268.926007 28365.309179 8 8571000006901		
LOCAL DE PAGAMENTO PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL S A			VENCIMENTO 26/03/2021		
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA			CNPJ 09.095.183/0001-40		
ENDERECO BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680			NOSSO NÚMERO 32689260028365309		
DATA DO DOCUMENTO 19/03/2021	Nº DOCUMENTO 00000000-2021-03-5	ESPÉCIE DOC DS	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 19/03/2021	(+) VALOR DO DOCUMENTO 69,01
	CARTEIRA 17	ESPÉCIE R\$	QUANTIDADE	VALOR	(-) DESCONTOS / ABATIMENTOS
					(-) OUTRAS DEDUÇÕES
					(+) MORA/MULTA
					(+) OUTROS ACRÉSCIMOS
					(-) VALOR COBRADO
INSTRUÇÕES OS VALORES DA MULTA/JUROS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA. TÍTULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO. NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.			CÓD. DE BAIXA		
PAGADOR ZELEIDE M***** D** S***** RUA DO ME** S/* 58280000 SACADOR/AVALISTA			CNPJ/CPF 029.2**-**-** MAMANGUAPE (AG: 14)		



Autenticação eletrônica
Ficha de Compensação

Ganhe mais facilidade pagando
com o PIX! Use seu app de
pagamento favorito, escolha
"Pagar com o PIX" e leia o
código abaixo:



Quer facilidade?
Abra sua conta Voltz - Energisa
e tenha vantagens exclusivas!
Entenda melhor em
contavoltz.com/pix



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/02/2022 15:21:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2202031521072150000051124494>

Número do documento: 2202031521072150000051124494

Num. 53959749 - Pág. 12



BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL

Livro nº 001/2021

Ocorrência nº. 360/2021

Aos VINTE E QUATRO dias de MARÇO de DOIS MIL E VINTE E UM, nesta cidade de GUARABIRA/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **CRISTIANE SILVA DE MEDEIROS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) do seu cargo, aí, por volta 17h:2min, compareceu a **PESSOA a seguir qualificada:**

GERALDO MARQUES DOS SANTOS, conhecido(a) por GERO, Identidade nº 4.114.347 2ª VIA-SSDS/PB, CPF nº 089.461.197-64, nacionalidade brasileira, estado civil: solteiro, profissão: pintor industrial, filho(a) de Pai não declarado e Zuleide Marques dos Santos, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 04/02/1980 (41 anos de idade), do sexo masculino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua do Meio, s/n, Sertãozinho, tendo como ponto de referência: Lava Jato, na cidade de Mamanguape/PB, fone(s) para contato: (83) 999373-1895 (CLARO/ZAP).

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cometidas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme a seguir enumerado:

- 1) **Natureza do fato:** ACIDENTE DE TRÂNSITO;
- 2) **Data do Fato:** 20 de dezembro de 2020;
- 3) **Horário do fato:** 19h:0min;
- 4) **Local do fato:** BP 071, próximo a entrada de Curral de Cima/PB;
- 5) **Unidade(s) de Saúde para a(s) qual(is) o(a) acidentado(a) foi encaminhado(a):** Hospital de Trauma de João Pessoa/PB;
- 6) **O comunicante/vítima conduzia o veículo?** Sim;
- 7) **Sendo o(a) comunicante o(a) condutor(a) do veículo envolvido no acidente, é ele(elas) habilitado?** Não;
- 8) **O veículo do(a) comunicante encontra-se em dia com sua obrigações tributárias?** Prejudicado

6) Descrição do(s) veículo(s) envolvido(s) no acidente:

01 - VEÍCULO1: MOTOCICLETA HONDA CG 125 KS, ANO/MODELO 2009, COR PRETA, PLACA MOP 2024, CHASSI FINAL 27911, RENAVAN 0013855032-8, Licenciada em nome de EDIVALDO RODRIGUES DO NASCIMENTO, conduzido por GERALDO MARQUES DOS SANTOS;
02 - VEÍCULO2: VW/GOL, PLACA MNC 0629, conduzido por EDNALDO COSTA DE LIMA;

7) Breve resumo do fato:

QUE no dia e hora acima citado o condutor do veículo 01 seguia da cidade de Mamanguape/PB, com destino a Curral de Cima/PB; QUE em sentido contrário, o condutor do veículo 02 tentou desviar de um buraco, invadiu a pista contrária e colidiu de forma frontal com o veículo 01, conduzido pelo noticiante; QUE ambos os veículos estavam com o farol alto, o que pode ter contribuído para o acidente ter acontecido; QUE pouco tempo depois o noticiante foi socorrido para o Hospital de Trauma de João Pessoa/PB, passou por cirurgia (CIDs.: 10S82.1, 10S82.0, 10S82.6 e T14.9) e ficou internado aproximadamente três meses; QUE o noticiante afirma não ter CNH para conduzir veículo automotor.

OBSERVAÇÕES DA UNIDADE POLICIAL:

Não há.

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

geraldo marques dos santos

GERALDO MARQUES DOS SANTOS

Comunicante

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 168.5911

Digitalizada com CamScanner



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota
fiscal/conta de energia elétrica: Nº 060.917.335



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 Insc.Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE:

ZELEIDE M***** D** S*****

RUA DO ME** S/* 58280000
MAMANGUAPE

Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA
5/1453723-7

www.energisa.com.br [@energisa](https://www.facebook.com/energisa)



REFERÊNCIA
MAR/2021



APRESENTAÇÃO
19/03/2021



CONSUMO
73 kWh



VENCIMENTO
26/03/2021



TOTAL A PAGAR
R\$ 69,01

Destaque aqui

BANCO DO BRASIL S A		001-9	00190.00009 03268.926007 28365.309179 8 8571000006901		
LOCAL DE PAGAMENTO PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL S A			VENCIMENTO 26/03/2021		
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA			CNPJ 09.095.183/0001-40		
ENDERECO BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680			NOSSO NÚMERO 32689260028365309		
DATA DO DOCUMENTO 19/03/2021	Nº DOCUMENTO 00000000-2021-03-5	ESPÉCIE DOC DS	ACEITE N	DATA DO PROCESSAMENTO 19/03/2021	(+) VALOR DO DOCUMENTO 69,01
	CARTEIRA 17	ESPÉCIE R\$	QUANTIDADE	VALOR	(-) DESCONTOS / ABATIMENTOS
					(-) OUTRAS DEDUÇÕES
					(+) MORA/MULTA
					(+) OUTROS ACRÉSCIMOS
					(-) VALOR COBRADO
INSTRUÇÕES OS VALORES DA MULTA/JUROS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA. TÍTULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO. NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.			CÓD. DE BAIXA		
PAGADOR ZELEIDE M***** D** S***** RUA DO ME** S/* 58280000 SACADOR/AVALISTA			CNPJ/CPF 029.2**.**-** MAMANGUAPE (AG: 14)		



Autenticação eletrônica
Ficha de Compensação

Ganhe mais facilidade pagando
com o PIX! Use seu app de
pagamento favorito, escolha
"Pagar com o PIX" e leia o
código abaixo:



Quer facilidade?
Abra sua conta Voltz - Energisa
e tenha vantagens exclusivas!
Entenda melhor em
contavoltz.com/pix



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/02/2022 15:21:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020315210721500000051124494>

Número do documento: 22020315210721500000051124494

Num. 53959749 - Pág. 14



ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) GIRALDO MARGILLES portador(a) da identidade RG 325 590 05, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 10:582-1 + 582-0 + 582-5 + 582-6 + 186-1 horas, portador(a) da patologia CID-10, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 180 (cento e dias) a partir desta data.

João Pessoa, 20/12/2020.

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

Dr. Milton da Silva Linhares
AUTORIZAÇÃO CRM 4714 TEOTONIUS
Ortopedia Traumatologia

Eu, _____, autorizo o(a) Dr. _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/02/2022 15:21:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020315210721500000051124494>
Número do documento: 22020315210721500000051124494

Num. 53959749 - Pág. 15



Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSO 4 - PB, 58031090
Tel: 32165700 - CNES: 2593262



Somos todos
PARAÍBA
Governo do Estado

Atestado Médico

**ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS, A PEDIDO, QUE O (A) SR.(A)
GERALDO MARQUES DOS SANTOS**

CPF
08946119764

FOI ATENDIDO (A) POR JOAO OCTAVIO COSTA FILHO

DO (A) POSTO IB - ENF 12

NO DIA 20/12/2020 20:10:07 , NECESSITANDO DE 120 - cem vinte

DIA(S) DE REPOUSO, POR MOTIVO DE DOENÇA

CID: S82.1
S82.1
S82.0
S82.6
T14.9

OBSERVAÇÃO

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

1203 Pensa, 13/03/2021
LOCAL E DATA João O. Costa Filho
Médico
ORM-PB 12675

ASSINATURA DO MÉDICO / ODONTÓLOGO

ASSINATURA DO MÉDICO / PSICÓLOGO
(carimbo contendo nome completo e registro CRM/CRO)

NOTA - ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 27 DE CLIPS, APROVADA PELO DECRETO N. 89.312 DE 23/01/84, E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 1 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

João O. Costa Filho
Médico
CRM-PB 11675

~~JOAO OCTAVIO COSTA FILHO
(12475/PB)~~

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/02/2022 15:21:07
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2202031521072150000051124494>
Número do documento: 2202031521072150000051124494

Núm. 53959749 - Pág. 16

Digitalizada com CamScanner



Documento de Alta			
Nome: GERALDO MARQUES DOS SANTOS	Sexo: Masculino	Número Prontuário: 126710	
Data de Nascimento: 04/02/1980	Idade: 40A 10M 17D	Data de Internação: 20/12/2020 23:11:59	Data de Alta: 13/03/2021 08:23:11
Mãe: ZULEIDE MARQUES DOS SANTOS	BAE: 1277079		
Endereço: RUA PROJETADA, 67	Bairro: CENTRO	Município: CURRAL DE CIMA	UF: PB
Motivo da alta: ALTA MEDICA			
Conduta: ALTA MÉDICA PARA PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA DE PATELA, TIBIA E TORNOZELO ESQUERDO NO 17º DPO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA GRAVE DE PLATO TIBIAL + FRATURA DE PATELA SEM INTERCORRENCIAS (FRATURA DE PATELA EXPOSTA, PERDA OSSEA IMPORTANTE DE POLO SUPERIOR). SEM QUEIXAS NO MOMENTO. PACIENTE EVOLUI SEM EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO, SEM FEBRE OU DOR. DISCUTIDO COM EQUIPE DE TORNOZELO, SENDO OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA DO TORNOZELO E.			
Resumo da Internação: PACIENTE COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA GRAVE DE PLATO TIBIAL + FRATURA DE PATELA SEM INTERCORRENCIAS (FRATURA DE PATELA EXPOSTA, PERDA OSSEA IMPORTANTE DE POLO SUPERIOR, COM COMPLICAÇÃO PARA LINFANGITE E INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA. FEZ USO DE CEFTAZIDIMA E OXACILINA POR 29 DIAS. INFECTOLOGISTA SUGERE MODIFICAR ANTIBIOTICOTERAPIA PARA CIPROFLOXACINO 500MG 12/12H POR 6 SEMANAS DE FORMA AMBULATORIAL.			
Resultado de Exames: RADIOGRAFIA, TOMOGRAFIA, HEMOGRAMA CULTURA BACTERIANA DE FRAGMENTO OSSEO 15/02/2021: AUSENCIA DE CRESCIMENTO BACTERIANO.			
Tratamento: #17º DPO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA GRAVE DE PLATO TIBIAL + FRATURA DE PATELA SEM INTERCORRENCIAS (FRATURA DE PATELA EXPOSTA, PERDA OSSEA IMPORTANTE DE POLO SUPERIOR) #41º DPO DE COLETA DE MATERIAL PARA CULTURA (F.O. NO PE ESQUERDO), POR DR GEORGE KENNEDY, SEM INTERCORRENCIAS. #27º DPO DE LMC + RETIRADA DE FRAGMENTO OSSEO PARA CULTURA BACTERIANA POR DR GUSTAVO MENDONÇA			
Diagnóstico: S82.1 - Fratura da extremidade proximal da tibia			
Recomendações: ALTA MÉDICA + ANTIBIOTICOTERAPIA COM CIPRO 500MG POR 6 SEMANAS CONFORME INDICAÇÃO DO INCTOLOGISTA + ORIENTAÇÕES GERAIS + ANALGÉSICA + RETORNO AMBULATORIAL PARA DR. GUSTAVO MENDONÇA NO CERESI			

Data: 13/03/2021

Dr. Milton da Silva Linhares
CRM 4714 TEOT 6115
Ortopedia Traumatologia

João O. Costa Filho
Médico
CRM-PB 12675
JOAO OCTAVIO COSTA FILHO
CRM: 12675 - PB



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma



PARAIBA
Estado da Paraíba

Receituário

Paciente: GERALDO MARQUES DOS SANTOS
Data: 24/12/2020 13:39:52
Sexo: Masculino
Idade: 40
CPF: 08946119764
BAE: 1277079

DECLARAÇÃO MÉDICA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DECLARO, PARA TODOS OS FINS DE DIREITO, QUE O SR. GERALDO MARQUES DOS SANTOS ESTA INTERNADO NESTE HOSPITAL, DESDE DIA 20/12/2020 NESTE SERVIÇO DE ORTOPEDIA, PORTADOR DOS CID 10: S821, S820 E S826, AGUARDANDO TRATAMENTO CIRÚRGICO APÓS PROCEDIMENTOS E ALTA HOSPITALAR RECEBERÁ O ATESTADO DEFINITIVO DE TODO PERÍODO EM QUE SE ENCONTROU INTERNADO E O TEMPO NECESSÁRIO PARA SUA RECUPERAÇÃO NO MOMENTO LUCIDO E ORIENTADO

Dr. Thaysa Costa

Dr. THAYSA DE SOUSA COSTA
12799/PB

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

Enfermaria 12

Digitalizada com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/02/2022 15:21:07
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020315210721500000051124494
Número do documento: 22020315210721500000051124494

Num. 53959749 - Pág. 18

RAULDO MARQUES DOS SANTOS		Boletim de Atendimento 1277079	Data/Hora Entrada 20/12/2020 20:10:06	Data/Hora Saída
Data de nascimento 04/02/1980	Idade 40	Sexo Masculino	CNS 700909907766295	Prontoárvore 126710
Tempo de Internação: 16d 7h 47min	Convênio SUS	Plantão NOTURNO		
Data de Entrada 20/12/2020 20:10:06	Data Internação: 20/12/2020 23:11:59	Permanência na Unidade: 16d 10h 46min	Permanência no Leito: 3d 16h 17min	

**EVOLUÇÃO MEDICA (AUGUSTO GONCALVES SARMENTO JUNIOR - 06/01/2021
06:58:33)**

EVOLUÇÃO

PROCEDIMENTO:
DESCRÍÇÃO DA EVOLUÇÃO:
ORTOPEDIA

17º DPO

#FRATURA EXPOSTA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO
#FRATURA EXPOSTA DO TORNOCÉLO ESQUERDO
#FRATURA EXPOSTA DA PATELA ESQUERDA
#FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR DO MIE

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA COM FERIMENTO EM JOELHO, PERNAS E RETRO PE ESQUERDO. NEGA ALERGIAS E COMORBIDADES. NEURO VASCULAR OK. PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL E SEM INTERCORRÊNCIAS.

AO EXAME: FERIMENTO NA REGIÃO ANTERIOR DO JOELHO E PERNAS ESQUERDA, E REGIÃO POSTERIOR DO TORNOCÉLO ESQUERDO SOB CURATIVO.

OPME: PATELA - CERCLAGEM; PLATO - CX 4,5 E PLACA EM L; TORNOCÉLO CX 3,5

RISCO CIRURGICO 02/01: LIBERADO PARA O PROCEDIMENTO \ RISCO GRAU I \ I

CD : VPM

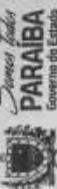

Séção: POSTO IB - ENF 12 Leito: LEITO - 001
Profissional responsável pela informação: AUGUSTO GONCALVES
SARMENTO JUNIOR

Número Conselho:
12411



**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**

Sender: Nameless_Luxemb



Endereço: RUA CRISTEUS LISBOA, 510, FREDR GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58030000

Tel: 31165700 - CNES: 2853342

Impresso por: JOAO OCTAVIO COSTA FILHO

Emit: 16/03/2021 08:58:17

Detal/Hora Entrada

Detal/Hora Saída

Nome	Boleto de Atendimento	Data/Hora Entrada	Data/Hora Saída
GERALDO MARQUES DOS SANTOS	12177079	28/12/2020 20:10:06	
Data de nascimento	Idade	CNS	Prioritário:
04/02/1980	40	70009900700205	128710
Tempo de Internação		Convênio	Plano:
2m 16d 8h 47min		SUS	NOTURNO
Data de Entrada	Data de Internação	Permaneço na Unidade:	Patronal/ncia no Leito:
20/12/2020 20:10:06	20/12/2020 22:11:59	2m 16d 8h 47min	2td 15h 19min

Júlio C. Costa Filho
Médico
CRM-PF: 17137



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/02/2022 15:21:07

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020315210721500000051124494>

Número do documento: 22020315210721500000051124494

Num. 53959749 - Pág. 21



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/02/2022 15:21:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020315210721500000051124494>
Número do documento: 22020315210721500000051124494

Num. 53959749 - Pág. 22

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO



Número
089.461.197-64

Nome
GERALDO MARQUES DOS SANTOS

Nascimento
04/02/1980

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

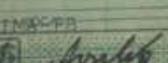
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.114.347	-2 VIA	DATA DE EXPEDIÇÃO	08/08/2018
NOME	GERALDO MARQUES DOS SANTOS			
FILIAÇÃO	ZULEIDE MARQUES DOS SANTOS			
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO			
MAMANGUAPE - PB	04/02/1980			
DOC ORIGEM	CASAM N. 1707 FLS. 107 LIV. B-AUX. 06			
	CARTÓRIO 10º JOÃO PESSOA - PB			
CPF	089.461.197-64			
Assinatura	+ +			
LEI N° 7.166 DE 29/08/83				
CNI e CNPJs				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/02/2022 15:21:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020315210721500000051124494>
Número do documento: 22020315210721500000051124494

Num. 53959749 - Pág. 23

 REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA DETRAN - PB CERTIFICADO DE REGISTRO E DE VENCIMENTO DE VÔO CULO 1 0013855032-8 00/00000000 2020		SEGURO OBRIGATÓRIO DE PÁGINA PESADA CUSTOSAVOR PÓR VÉHICULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE, OU PÓR ALIA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTEIRAS OU NAO - SEGURO DPVAT	
		PB N° 015766417873 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
EDIVALDO RODRIGUES DO NASCIMENTO 09882224423 NOVO PB SC2JC41109R02791 VEÍCULOS / MOTOCICLETA NÃO APLIC COMBUSTÍVEL GASOLINA CAR / POF / CL 2 P/124 / C1 CATEGORIA PART C COR PREDOMINANTE PRETA COTA ÚNICA 00/00/0000 IPVA PREMIO DAIR PAGO 00/00/0000 PRÉMIO TOTAL PAGO 00/00/0000 DATA DE ENHABILITACAO 01/09/2020 SEGURADO P/ A GVE SEM RESERVA DE DOMÍNIO NÃO VÁLIDO PARA TRANSPORTE CURRAL DE CIMA/PA 02/09/2020 49986 		ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradoraslider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1264 2020 07/09/2020 09882224423 MOP20247PB 0013855032 MENDA/CB MARIA LANGELO 2009 09 SC2JC41109R02791 PRÉMIO TARIFÁRIO SEGURADO PAGO DATA DE ENHABILITACAO 01/09/2020 SEGURADORA LÍDER - DPVAT CNPJ 09.348.838/0001-04 2241-1058017-20200902	



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/02/2022 15:21:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2202031521072150000051124494>
Número do documento: 2202031521072150000051124494

Num. 53959749 - Pág. 24



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradileider.com.br> ou ligue para o SAC DIPVAT (0800 02212094 ou 0800 02212095) (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 VITIMA 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
Edvaldo Vazquez dos Santos

CPF da Vítima
026.461.197-69

Data do Acidente
20/10/2020

REPRESENTANTE LEGAL DA VITIMA

Nome completo do Representante Legal

Nome completo do IMI

Endereço

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

Assinatura das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DIPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o encaminhamento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IMI, concordando, desde já, com me submeter à perícia médica às custas da Seguradora (sua DIPVAT) 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 discordar do seu conteúdo.

Manaus, 24 de Maio de 2024

Lugar e Data

Edvaldo Vazquez dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Representante Legal

BRASIL VIBRUS/2022





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL: 039.461.197-64 3 - CPF da vítima: 039.461.197-64 4 - Nome completo da vítima: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	<u>GERALDO MARQUES DOS SANTOS</u>			6 - CPF:	<u>039.461.197-64</u>
7 - Profissão:	<u>PINTOR INDUSTRIAL</u>	8 - Endereço:	<u>RUA DO Meio</u>	9 - Número:	<u>SIN</u>
11 - Bairro:	<u>SERTÃOZINHO</u>	12 - Cidade:	<u>MAMANGUAPÉ</u>	13 - Estado:	<u>PB</u>
14 - CEP:	<u>56.280-000</u>			15 - E-mail:	<u>ancelmoaanachito.adv@gmail.com</u>
16 - Tel.(DDD): <u>(83)98175-5781</u>					

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"/> RECUSO 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 checked="" 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 (Inclui as contas de poupança e investimento)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

CONTA CORRENTE (Inclui as contas de poupança e investimento)

Nome do BANCO: Bradesco (237)

AGÊNCIA: 209 CONTA: 0045536 9

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

Autorizo a Seguradora Lider 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 elevação 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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 30 (trinta) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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 herdeiro (nascido): Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidos, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição. Estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário (não substituível)

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, MAMANGUAPÉ, 24 DE MARÇO DE 2021.

geraldo marques dos santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 127079 e PRONTUÁRIO nº 126710

PACIENTE: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO: 04.02.80

Data e Hora do Atendimento: 20:12:20

Horário: 20:10h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital trazido pelo SAMU vítima de acidente(colisão moto x carro) apresentando quadro de dor na perna esquerda fratura com exposição óssea na região do joelho, perna e pé esquerdo. Atendido pelo Dr. Arão S. de Alencar CRM 79867, Dr. Clementino Alexandre Neto CRM 7596, Dr. Marcella Saraiva CRM 6800, Dr. Thales Farias CRM 8799, Dra. Thaysa Costa CRM 12799.

DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO + FRACTURA DA PATELA + FRATURA DO TORNOCÉLIO ESQUERDO + OSTEOMIELITE DO

JOELHO ESQUERDO CID 10 S 82.1, S 82.0 S 82.6 e M 86

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, avaliação da cirurgia geral, Rx da coluna cervical AP e Perfil, Rx de Tórax AP e Perfil, Rx da bacia AP e Perfil, Rx do joelho esquerdo AP e Perfil, Rx da perna esquerda AP e Perfil, e tratamento cirúrgico em 21:12:20 com colocação de fixador transarticular do membro inferior esquerdo e limpeza mecânico-cirúrgica. Em 16:01:21 realizado limpeza mecânico cirúrgica do joelho esquerdo. Em 27:01:21 realizado retirada de fixador externo transarticular do membro inferior esquerdo. Em 01:02:21 com coleta de material para cultura no joelho esquerdo, em 15:02:21 limpeza mecânico cirúrgica com coleta de material para cultura no joelho esquerdo, em 25:02:21 com redução e fixação de fratura do platô tibial esquerdo e de fratura grave da patela esquerda.

ALTA HOSPITALAR: Em 13:03:21

Data da Emissão: 24.05.21

Dr. Gleidson Tercio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 28.031-9/ CRM- 35220

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0086508/21

Número do Sinistro: 3210102715

Vítima: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

CPF: 089.461.197-64

CPF de: Próprio

Data do acidente: 20/12/2020

Titular do CPF: GERALDO MARQUES DOS SANTOS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/02/2022 15:21:07
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020315210721500000051124494>
Número do documento: 22020315210721500000051124494

Num. 53959749 - Pág. 28



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO 3ª VARA MISTA DA COMARCA DE MAMANGUAPE/PB

Processo n.º 08000071920218150231

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., previamente qualificada nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada por seus advogados que esta subscrevem, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **GERALDO MARQUES DOS SANTOS**, em trâmite perante este Duto Juízo e Respectivo Cartório, vem, mui respeitosamente, à presença de V. Exa., informar para ao final requerer o que segue:

Em 23/07/2021, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 7.087,50 (sete mil e oitocentos e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Ocorre, que durante o processo administrativo a parte foi submetida a perícia e de acordo com avaliação médica realizada por dois médicos especializados, sendo um na figura de revisor.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo administrativo, sendo certo que foram utilizados os critérios de fixação de indenização.

Vale salientar que é usual quando do pagamento da indenização em âmbito administrativo, que o beneficiário da verba indenizatória assine documento de quitação, onde se lê que:

"(...) com o pagamento efetuado dou, plena, rasa, geral, irrevogável e irretratável quitação para mais nada reclamar quanto ao sinistro noticiado."

Com o procedimento adotado quando do pagamento da indenização, temos caracterizado o ato jurídico perfeito e acabado, dando-se quitação geral e irrestrita à Seguradora reguladora do sinistro.

Deste modo, vem à parte Ré concordar com o pedido de desistência formulado pela parte autora em razão da quitação pela via administrativa.

Oportunamente, requer a juntada do comprovante de pagamento e demais documentos do processo administrativo.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

MAMANGUAPE, 1 de fevereiro de 2022.

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.joaoportoadvocacia.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/02/2022 15:21:08
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=22020315210776900000051124496>
Número do documento: 22020315210776900000051124496

Num. 53959751 - Pág. 1