



Número: **0809153-46.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **15ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **11/02/2020**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDSON RAMOS DE ARAUJO (AUTOR)		MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		JOAO ALVES BARBOSA FILHO (ADVOGADO) SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
THALES WENDLL DE SOUSA MAIA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75528521	03/07/2023 11:24	Petição	Petição
75528522	03/07/2023 11:24	2815717_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
75528524	03/07/2023 11:24	2815717_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO

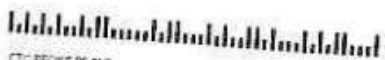




21/01/2019
EZI

LUIZACRED

Consulte sua fatura na Internet
ou nos caixas eletrônicos do Itaú.



CTC RECIFE PE PL7

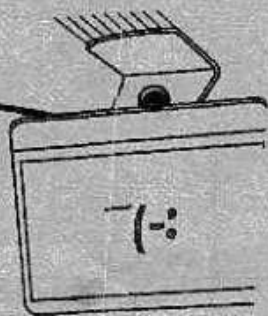


EDSON RAMOS DE ARAUJO
R MONTE CASTELO 43
MANDACARU
58027-495 JOÃO PESSOA - PB



771309423019010000000070830-251113

Data de Postagem: 25/11/2019
Data de Vencimento: 06/12/2019
Data de fechamento (emissão): 22/11/2019
Data prevista de fechamento da próxima fatura: 22/12/2019



Mude para a
Fatura Digital.
Mais rapidez e facilidade para você.





Titular **EDSON RAMOS DE ARAUJO**
Cartão **5309.XXXX.XXXX.9576**

Pra que esperar a fatura impressa? Mude já para a Fatura Digital. Acesse: magazineluiza.com.br/luiza/red > Cartão Luiza > Fatura Digital

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	517,05
1 Pagamentos efetuados	9500,00
2 Saldo financiado	17,05
3 Encargos (financiamento + moratório)	28,62
4 Lançamentos atuais	439,80
5 Total desta fatura	485,47

Atenção: em caso de pagamento inferior ao valor total, o consumidor deve arcar com as taxas e encargos apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o valor pago.

vencimento

06/12/2019

A) pagamento total

R\$

485,47

ou

B) pagamento mínimo*

R\$

72,82
+12x 63,86

ou

**Veja outras opções de
parcelamento na
2ª folha dessa fatura.**

* Você pode pagar qualquer valor acima de R\$ 72,82. O que restar para o valor total será parcelado em 12x, com encargos.

Limites de crédito R\$

Limite total de crédito	1.450,00
Limite utilizado no mês	485,47
Retirada de recursos Pafis(saque)	70,00

B) Pagamento mínimo: o valor pago será considerado como entrada de um financiamento, e o saldo restante será dividido em parcelas fixas com juros iguais ao do parcelamento (Parcelas Fixas) da fatura. Se você efetuar um pagamento inferior ao pagamento mínimo para financiamento, você estará em atraso, incorrendo em juros, multa e mora.

Pagamentos efetuados

DATA	VALOR EM R\$
10/11 CREDITO PAGAMENTO LOJA	- 250,00
15/11 CREDITO PAGAMENTO LOJA	- 250,00
6 Total dos pagamentos	- 500,00

Lançamentos: compras e saques

EDSON R DE ARAUJO (final 9576)

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
24/10	NENEM MATERIAL DE 01/02	56,50
16/11	PLANO DE RIO DE JANEIRO	38,21
16/11	PAG*LAIFFconfecco	12,00
16/11	PAG*Compras	93,80
20/11	SUPER SANTIAGO INT01/02	77,70

Lançamentos no cartão (final 9576) 278,21

Lançamentos: produtos e serviços

DATA	PRODUTOS/SERVIÇOS	VALOR EM R\$
17/08	PARCELAMEN FATURA 03/04	153,73
Principal (R\$ 125,00) + Juros (R\$ 28,73)		

Continua...



Banco Itaú S.A. 341-7 34191.75793 25037.262042 00168.710002 1 000
Número do Documento 00179250372/0024839
Nome do Pagador/CPF/CNPJ EDSON RAMOS DE ARAUJO - 009.331.434-51
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ LUIZACRED S/A SCFI - 02.206.577/0001-80
Endereço do Beneficiário RUA AMAZONAS DA SILVA, 27, 2ª A, VILA GUILHERME - SÃO PAULO - SP

recibo do pagador
Nosso Número 175/79250372-6
Valor do Documento R\$ 485,47
Vencimento 06/12/2019
Autenticação Mecânica

Banco Itaú S.A.		341-7		34191.75793 25037.262042 00168.710002 1 000	
Local de Pagamento					
Pague sua fatura em qualquer banco, mesmo após a data de vencimento. Dê preferência para o pagamento até a data de vencimento para não gerar encargos e/ou rescisão contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura.					
Nome do Beneficiário/CPF/CNPJ					
LUIZACRED S/A SCFI - 02.206.577/0001-80					
RUA AMAZONAS DA SILVA, 27, 2ª A, VILA GUILHERME - SÃO PAULO - SP					
Data do Documento		Número do Documento		Espécie BOC	
06/12/2019		00179250372/0024839		FT	
Assinatura		Assinatura		Assinatura	
175		175		175	
R\$		R\$		R\$	
175		175		175	
Instruções de responsabilidade do beneficiário.					
Indique o valor que deseja pagar no campo "Valor Pago". Dê preferência ao pagamento total. Não sendo possível, você terá as seguintes opções: (i) Pagar quantia, a partir do valor constante em Pagamento Mínimo, financiando o restante da fatura em parcelas iguais, com os mesmos juros de Parcelas Fixas; (ii) optar por uma das opções de Parcelas Fixas disponíveis na 2ª folha da sua fatura, pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento.					
Nome do Pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP					
EDSON RAMOS DE ARAUJO - 009.331.434-51					
R MONTE CASTELO 43 - MANDACARU - 58027-495 - JOAO PESSOA - PB -					
Sacador Avalista:					



Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/07/2023 11:24:45

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070311244520800000071153524>

Número do documento: 23070311244520800000071153524

vivo

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

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/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 recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcelo Antonio Rodrigues de Lucena
inscrito (a) no CPF/CNPJ 005705364 / 32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Edson Remes de Araujo inscrito (a) no CPF sob o Nº 009331434-51
do sinistro de DPVAT cobertura Malúclez da Vítima Edson Remes de Araujo
inscrito (a) no CPF sob o Nº 009331434-51, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora 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. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Prof Oswaldo de Miranda Pinheiro</u>	Número: <u>860</u>	Complemento: <u>Sala 204</u>
Bairro: <u>Guararapes</u>	Cidade: <u>José Pereira</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail: <u>marcelolucena@adriagmail.com</u>		CEP: <u>58033-410</u>
		Tel.(DDD): <u>(33) 970344565</u>

Local e Data: José Pereira 06/01/20

Assinatura do Declarante





immunosuppressive properties

© 2007 The Authors
Journal compilation © 2007 Blackwell Publishing Ltd

investments in infrastructure, such as roads, bridges, and ports, and the resulting economic growth and job creation.

1. **Identify the problem.** The first step in the problem-solving process is to identify the problem. This involves recognizing the issue and understanding its impact on the organization.

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

Washburn

100

[illegible]

PROPERTY ADDRESS (MAIL IN CAPITALS)

[illegible]

Definisi Profesi: _____, terdiri _____

Percent Female

^a Los datos fueron obtenidos de la encuesta de satisfacción al cliente realizada en el primer trimestre del año 2007.

REV. ART. 200 do Código Penal.

Endreigng	o. 1. m. v. l. l. de H. a. d. l. l. m. m.	880	507.304
-----------	---	-----	---------

Self	James	58033-410
Spouse	Patricia	58033-410

11331576349565

Local e-mail: Bob.Norman@ednet.edu Web: <http://www.ednet.edu>

10

11

8

© 2005 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 258: 101–108

Número do documento: 23070311244520800000071153524

Num. 75528522 - Pág. 5



CERTIDÃO

Nº. 0063/2019

Atendendo solicitação de CHRYSTOFANES OLIVEIRA FERNANDES e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 153117 pertencentes a **EDSON RAMOS DE ARAUJO** que foi atendido dia 11/08/2018 às 23H25min, apresentando trauma em pé direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 5º pododáctilo direito. Realizado redução e imobilizado.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 18 de janeiro de 2019

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	EDSON RAMOS DE ARAUJO
DATA DE NASCIMENTO	27/01/78
NOME DA MÃE	SEVERINA RAMOS DE ARAUJO

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.100.726
DATA DO ATENDIMENTO	11/08/18
HORA DO ATENDIMENTO	17:39
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO
CID 10	T14.9 + V29.9

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, pupilas isocóricas e fotorreagentes, abdome sem queixas, apresenta trauma em perna e pé do lado direito.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de torax
RX de perna direita
RX de pé direito

RESULTADOS DOS EXAMES:

Sem anormalidades.

TRATAMENTO:

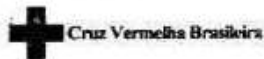
Atendimento inicial.

ALTA HOSPITALAR:	11/08/18
DATA DA EMISSÃO:	31/10/18

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1100726

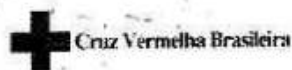


Identificação do paciente						
ID 653908	Nome EDSON RAMOS DE ARAUJO			Sexo Masculino		
Data de nascimento 27/01/1978	Idade 40 anos 6 meses 15 dias	Estado civil SOLTEIRO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário		
Mãe SEVERINA RAMOS DE ARAUJO	Pai JOSE DE CARVALHO RAMOS					
Escolaridade FUNDAMENTAL INCOMPLETO	Responsável (Parentesco) ROSANGELA LIMA DA SILVA - ESPOSO(A)					
DDD Móvel 83	Fone Móvel 87206534	DDD Fixo		Fone Fixo		
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2122534	NF Cns 898000508590134				
Local de procedência BESSA	Tipo BAIRRO		UF PB			
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58310000	Município de residência CABELO	UF PB	Logradouro PROJETADA			
Número 09	Complemento	Bairro JACARE				
Admissão						
Data e Hora 11/08/2018 17:39:57	Número da pulseira 1000005713430	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
Classificação de risco	Origem do paciente RESIDENCIA					
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO				
Indicadores e Transporte						
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte CARRO PARTICULAR	Quem transportou					
Sinais Vitais						
PA X mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						CD
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA						Tempo 01min 20seg

Imprimir

11/08/2018 17:39





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

EDSON RANOS DE ALMEIDA

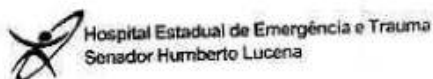
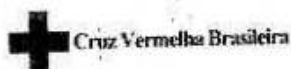
Paciente	BAE	Data/Hora Entrada	Data Baixa
MARIA NUBERLINA DA SILVA OLIVEIRA	1100724	11/08/2018 17:28:57	
Data de nascimento	Idade	Sexo	Telefone de Contato
27/07/1981	37a 15d	Feminino	(83) 987150208
Mãe			Prontuário
MARIA DAS GRACAS DA SILVA OLIVEIRA			
Endereço	Bairro	Município	UF
DO JASMIM, SN	INDÚSTRIAS	JOAO PESSOA	PB
Acidente	Motivo	Profissional	Nº Cons. Regional
OUTROS	CORTE	CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO	6311/
Data/Hora Classificação	Data/Hora Prescrição		
11/08/2018 17:59:22	11/08/2018 18:08:32		
Anamnese PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ CERCA DE 2 HORAS COM CAPACETE APRESENTANDO: A) VIAS AÉREAS PÉRVIAS COM COLAR CERVICAL E SEM DOR OU CREPTAÇÕES A PALPAÇÃO DA COLUMNA CERVICAL B) RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE, EUPNÉICO C) HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, FC:72 BPM D) ECGI: 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES E) ABDOME: INDOLOR, DEPRESSÍVEL E SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. TRAUMA EM PERNA/PÉ DIREITO. ESCORIAÇÕES DIVERSAS. SEM DOR LOMBAR. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. VAT: HÁ MENOS DE 10 ANOS. CONDUTA: PRIMEIRO ATENDIMENTO ANALGESIA RX DO TRAUMA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.			
MEDICAÇÃO SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, AGORA, 0,0 (MGTSM) Diluir DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG			
CUIDADOS SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA			
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE TORAX (PA) RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO			
CID10			
Código	Descrição		
V29.9	Motociclista [qualquer] traumatizado em um acidente de trânsito não especificado		
Conduta Em observação			

Dr. Cicero Ludgero
CIRURGIÃO GERAL
CRM 6311

Boletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 11/08/2018 17:20:37
MARIA NUBERLINA DA SILVA OLIVEIRA

CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO
(CRM: 6311/)



**AREA AMARELA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente EDSON RAMOS DE ARAUJO	BAE 1100726	Data/Hora Entrada 11/08/2018 17:39:57	Data Baixa
Data de nascimento 27/01/1978	Idade 40a 6m 15d	Sexo Masculino	CNS 898000508590134
Mão SEVERINA RAMOS DE ARAUJO			Telefone de Contato (83) 87206834
Endereço PROJETADA, 09	Bairro JACARE	Município CABEDELO	Prontuário
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO	UF PB
Data/Hora Classificação 11/08/2018 18:16:20	Data/Hora Prescrição 11/08/2018 18:16:56		Nº Cons. Regional 6311/

Anamnese

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ CERCA DE 2 HORAS COM CAPACETE APRESENTANDO: A) VIAS AÉREAS PÉRVIAS COM COLAR CERVICAL E SEM DOR OU CREPTAÇÕES A PALPAÇÃO DA COLUMNA CERVICAL B) RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE, EUPNEICO C) HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, FC:72 BPM D) ECGL: 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES E) ABDOME: INDOLOR, DEPRESSÍVEL E SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. TRAUMA EM PERNA/PÉ DIREITO. ESCORIAÇÕES DIVERSAS. SEM DOR LOMBAR. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. VAT: HÁ MENOS DE 10 ANOS. CONDUTA: PRIMEIRO ATENDIMENTO ANALGESIA RX DO TRAUMA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, AGORA, 0,0 (MGTSM)

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 4,0 ML

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), DILUIR 100,0 MG

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

CID10

Código	Descrição
V29.9	Motociclista [qualquer] traumatizado em um acidente de trânsito não especificado

Conduta

Em observação

EDSON RAMOS DE ARAUJO

CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO
(CRM: 6311/)

Boletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 11/08/2018 17:41:17



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/07/2023 11:24:45

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070311244520800000071153524>

Número do documento: 23070311244520800000071153524



Cruz Vermelha
Brasil

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Data:	11/08/18 18:16
Usuário:	CICERO
Boleim	1100726

Nome	EDSON RAMOS DE ARAUJO	Data de	27/01/1978	Idade	40a 6m 15d	Sexo	MASCULINO	Nº	1100726	Nº Prontuário		Data Prescrição	11/08/2018 18:16:56
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito												
Validade da Prescrição	11/08/2018 18:16:00 - 12/08/2018 18:16:00												
Convenio	SUS												
Matricula	Senhia												

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
---------------------	------	------	-------------------	--------	-------------	-----	-------------

1	DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	4.0	ML				
	CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG				
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML	E.V		AGORA	

CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO
CRM: 6311

11 de Agosto de 2018

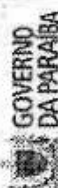
Dr. Cicero Ludgero
Cirurgião Geral
CRM - 6311

Assinatura e Carimbo do Profissional





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Casa Versatilis Hospitalia

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



Receituário

Paciente: EDSON RAMOS DE ARAUJO

Idade: 40

Data: 11/08/2018 19:06:45

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

BAE: 1100726

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRATURA DE falange proximal do 5
pododactilo DIR. ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME
PACTUAÇÃO.

Jr Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350
Tér. 15067

Dr. RAIFF LEITE SOARES
9350/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

Receituário

Paciente: EDSON RAMOS DE ARAUJO

Idade: 40

Data: 11/08/2018 19:06:45

Sexo: Masculino

CPF: Não Informado

BAE: 1100726

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRATURA de falange proximal do 5
pododactilo DIR. ENCAMINHO AO ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA CONFORME
PACTUAÇÃO.

Jr Raiff Leite Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 9350
Tér. 15067

Dr. RAIFF LEITE SOARES
9350/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



Hospital Estadual de Emergências e Trauma
Sede: Rua Humberto Lucena



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome EDSON RAMOS DE ARAUJO	
Data de 27/01/1978	Nº Boletim Emergência 1100726
Prontuário	
Material a examinar	
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE TORAX (PA) RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO	

RADIOLOGIA
11 08 2018
11 18 36
byfuer

11 de Agosto de 2018

Dr. CILTON LUDGATO
Cirurgião Geral
Assinatura e Carimbo do Profissional

1) Insistir sobre normas para imagem e laboratório analise clinica



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Edson Flávio
de Araújo

Bandu Med.

Parâmetros com
história de tumor
em p. D em
co. dist. avanço
histórico (SIC)
que necessitam
em futuro de
Fs de 3º PDD.
Protocolo Curativo
Dronível.

CD. 587.5

Assinatura e Carimbo

Dr. Leoni F. C. Junior
Cirurgião de Pq e Torção
CRM-PE 8218 / CRL-PE 10000
TEOT 13338

7
10
58



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
EDSON RAMOS DE ARADJO

DOC. IDENTIFICAD. / ORG. EMISSOR
2122634 SSP PB

CPF
009.331.434-51

DATA NASCIMENTO
27/01/1978

FUNÇÃO
JOSE DE CARVALHO RAMOS
SEVERINA RAMOS DE
ARADJO

SEXO
MASCULINO

ACD
PB

DATA EMISSÃO
18/04/2016

VALIDADE
31/10/2011

OP. EMISSÃO
05339236839

1280603785

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1280603785

PRIMEIRO PLASTIFICAR

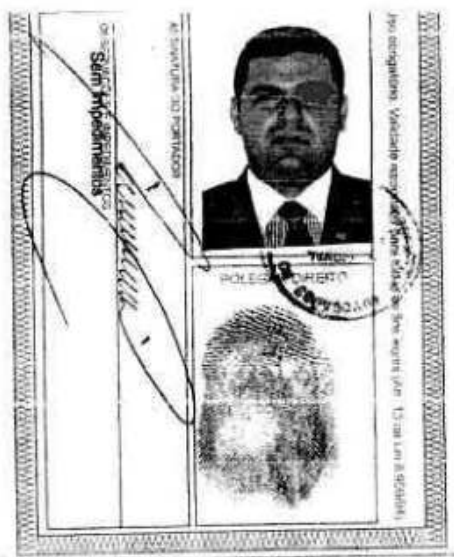
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JOAO PESSOA, PB

65045600810
PB032443757

DETRAN - PB (PARAIBA)





ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL CONSELHO SECCIONAL DA PARAIBA Identidade de Advogado	
Nº DA INSCRIÇÃO 21734	DATA DA EMISSÃO 21/08/2015
NOME MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE	
FILIAÇÃO AMALIA GONCALVES DE LUCENA ANTONIO REIS DE LUCENA	
NOME DO ADVOGADO Jólio Pessoa	DATA DO NASCIMENTO 27/11/1980
R.G. 2543454	CPF 009.705.364-37
ASSINATURA DO PRESIDENTE <i>Donna Betina Calacanti Sodrino</i> Presidente da OAB-PB	



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013747700143
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 000. RENAVAM: 1 PRT 20170000318864-1 EXERCÍCIO:
 1 0034464267-4 00/00000000 2017

EDSON RAMOS DE ARAUJO

CPF / CNPJ: 00933143451 PLACA: OEX7468/PB
 PLACA ANT / UF: CHASSI: NOVO PB 9C2JC4110BR803909

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS 2011 2011

2 P/124 /CI PARTIC VERMELHA

1 P V A FAIXA L.P.V.A. PARCELOAMENTO / COTAS 1ª 2ª 3ª

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0 (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

***** SEGURO P A G O 18/08/2017

SEM RESERVA DE DOMINIO

LOCAL: CABEDELO-PB DATA: 18/08/2017

32280 7976

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013747700143 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 18/08/2017

VIA: 000. RENAVAM: 1 00933143451 PLACA: OEX7468/PB

00344642674 HONDA/CG 125 FAN KS

2011 9 9C2JC4110BR803909

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO: ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE DURTAÇÃO: 18/08/2017

SEGURODORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 08.248.008/0001-04

7976-1610037-20170818



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/07/2023 11:24:45

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070311244520800000071153524

Número do documento: 23070311244520800000071153524

DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO
DO BILHETE DE SEGURO DPVAT

Para os devidos efeitos, declaramos que se encontra devidamente contabilizado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT do exercício de 2017 relativo ao veículo abaixo caracterizado:

DADOS DO BILHETE	
PLACA:	PB/OEX-7468
CHASSI Nº:	9C2JC4110BR803909
RENAVAM:	00344642674
CATEGORIA:	09
VALOR:	R\$ 185,50 (CENTO E OITENTA E CINCO REAIS E CINQUENTA CENTAVOS)

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020



Em caso de dúvidas, entre em contato com a Central de Atendimento, das 8h às 20h: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões).

Preocupada com o meio ambiente, a Seguradora Líder DPVAT utiliza papel reciclado e ajuda a preservar o futuro.



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200004580 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDSON RAMOS DE ARAUJO **Data do acidente:** 11/08/2018 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 5º PODODÁCTILO DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.(PÁG.9)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Edson Ramos de Araujo
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Aux. Servicos Gerais
Identidade: 2122634 CPF: 009.331.434-51
Endereço: Rua Monte Castelo 43, Mandacaru

OUTORGADO:

Nome: Marcelo Antonio Rodrigues de Lucena
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Separado
Profissão: Advogado
Identidade: 217.34. CAB-PP CPF: 009.705.364-37
Endereço: Rua Prof. Osvaldo de Nogueira Pereira 860

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Edson Ramos de Araujo



João Pessoa 05.12.2018
Local e data

Edson Ramos de Araujo

Assinatura do
(reconhecer firma por)



S0170
Sócio Responsável e Registreiro
R. Maria Angélica Souza Gonçalves
TAMARA

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firms(s) de:
EDSON RAMOS DE ARAUJO

Em test. da verdade, João Pessoa-PR 05/12/2018 17:50:44

Tiago Dionísio da Silva - Auxiliar

(2018-029315)EML:R\$ 19,48 FAREN:R\$ 0,28 FEP:R\$ 1,00

SELO DIGITAL: AHT47509-3DR2

Confira a autenticidade em <https://selodigital.tribunaonline.com.br>

TIAGO DIONÍSIO DA SILVA
Auxiliar



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004129/20

Vítima: EDSON RAMOS DE ARAUJO

CPF: 009.331.434-51

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 11/08/2018

Titular do CPF: EDSON RAMOS DE ARAUJO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA : 009.705.364-37

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

EDSON RAMOS DE ARAUJO : 009.331.434-51

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: 06/01/2020
Nome: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA
CPF: 009.705.364-37

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004129/20

Número do Sinistro: 3200004580

Vítima: EDSON RAMOS DE ARAUJO

CPF: 009.331.434-51

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 11/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDSON RAMOS DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA : 009.705.364-37

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

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: 16/01/2020
Nome: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA
CPF: 009.705.364-37

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004129/20

Número do Sinistro: 3200004580

Vítima: EDSON RAMOS DE ARAUJO

CPF: 009.331.434-51

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 11/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDSON RAMOS DE ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

DUT

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: 29/01/2020
Nome: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA
CPF: 009.705.364-37

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004580

Vítima: EDSON RAMOS DE ARAUJO

Data do Acidente: 11/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDSON RAMOS DE ARAUJO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15349292

Pag. 01759/01760 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200004580

Vítima: EDSON RAMOS DE ARAUJO

Data do Acidente: 11/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDSON RAMOS DE ARAUJO

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

DUT	Apresentar cópia do documento para confirmação do nome do proprietário. A solicitação está sendo realizada em caráter excepcional, pois não foi possível identificar na documentação apresentada.
-----	---

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.

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. 01881/01882 - carta_03 - INVALIDEZ

00070941



Carta nº 15410145





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 Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200004580 Vítima: EDSON RAMOS DE ARAUJO

Data do Acidente: 11/08/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), EDSON RAMOS DE ARAUJO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT. Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 17/10/2018, emitido pelo Dr. LAURI F C JUNIOR CRM nº 0000 - PE, da Instituição SUS, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00803/00804 - carta_31 - INVALIDEZ

00050402



Carta nº 15482532



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

009331434-51 Edson Romes de Souza

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Edson Romes de Souza

009331434-51

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

Adv. de Serviços R. Monte Castelo

43

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

mandacaru

João Pessoa

PB

58027-495

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

183 99922099-1

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1909 CONTA: 4595 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Assinatura
Digital
e
Assinatura
Manuscrita

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Form. 002/2019





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

009331 434-51 Edison Romes de Souza

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

Edison Romes de Souza

009331 434-51

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

Aut de Servicos Rua Monte Castelo

43

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

mandacaru

João Pessoa

PB

58027-495

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

183 999-22099-1

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1909 CONTA: 4595 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (se nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Indenização
Digital
e-CPF
Qualificação
do Declarante

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Form V002/2019





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 153117 Atd: Nao Regula
Data: 11/08/2018
Hora: 23:25:08
Recepcionista: GIULIANA DE MENEZES D
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: EDSON RAMOS DE ARAUJO

CNS: 898000508590134 Sexo: M IDENTIDADE: 2122634 Fone: 987206834

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 27/01/1978 Id: 40 ano(s)

End.: RUA / PROJETADE, 0

Bairro: JACARE Cidade: CABEDELO UF: PB

Mae: SEVERINA RAMOS DE ARAUJO

Pai: JOSE DE CARVALHO RAMOS

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUXILIAR DE CONTROLE SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: SOLTEIRO(A)

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

Resp.: EDSON RAMOS DE ARAUJO

Tel/Doc. Responsavel: 987206834 / IDENTIDADE: 2122634

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:

FR:

EC:

TP:

Peso:

Altura:

Glicemia:

IMC:

Circ. Abd:

O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Queixa Principal

TRAUMA NO PE DIREITO; O MESMO ENCAMINHADO PELO
HOSPITAL DE TRAUMA CONFORME FICHA

Observacao
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA (SIC)

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*Refere dor em 5º PDD. Checo Rx e Ex de F. 5º PDD
(D: Redução imediata e talo aderente
Rx controle*

Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao

030106006-1
030309020-2
040805019-5 (S)



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

Rx Curativo - Ba. reser.

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

Adm. In.
Fulcrim
Curativo

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia ☐ Transferido ☐ Desistencia ☐ UTI
☐ Alta a pedido ☐ Enfermaria Obito: ☐ Atestado ☐ SVO

Elton Luiz de Souza

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do M

Dr. S. L. G. M.
Cirurgião de P.
CRM-PB 62184
TEC.





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 15ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08091534620208152001

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

A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de A Lei que regula a indenização pleiteada pela parte Autoral é a Lei n.º 6.194/74, a qual determina que deve existir nexo de causalidade e efeito entre a invalidez e o acidente noticiado.

Em que pese à parte autora ter juntado aos autos documentos médicos e uma comunicação policial unilateral, não há elementos capazes de comprovar **que a lesão apresentada seja em decorrência do acidente de trânsito**.

Constata-se, pela simples leitura dos documentos acostados aos autos, que os mesmos atestam que inexistente nexo causal entre o acidente e a suposta invalidez da vítima, não podendo de forma alguma o i. julgador ficar indiferente a estes documentos.

Como é de sabença não só é necessário, mas obrigatória, a comprovação do nexo entre a ocorrência do dano e o fato gerador do mesmo.

Ocorre que, após a devida regulação na esfera administrativa, quando a parte autora foi submetida a exame pericial constatou-se a ausência de sequela indenizável, motivo pelo qual não há cobertura para o acidente narrado nos autos, fazendo-se mister a improcedência do pleito inicial.

PORTANTO, NO QUE PESE O LAUDO PERICIAL ATESTAR A EXISTÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE, QUANTIFICANDO-A, O MESMO NÃO SE PRESTA A COMPROVAR CABALMENTE NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE AS LESÕES E UM ACIDENTE AUTOMOTOR. PERCEBA QUE TODA DOCUMENTAÇÃO CARREADA AOS AUTOS, EM ESPECIAL O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO JUNTADO AOS AUTOS, BEM COMO O PROCESSO ADMINISTRATIVO EM ANEXO, APONTAM NO SENTIDO DA AUSÊNCIA DE CORRESPONDÊNCIA ENTRE O DANO SUPORTADO E UM SINISTRO DE TRÂNSITO.



Frisa-se não se apresentar crível, nem verossímil, que a parte autora venha apresentar lesão invalidante vários meses após ter sido submetido à avaliação médica administrativa. Digno de destaque todos os avanços na área da medicina, que oportunizam uma melhora, atenuação, do quadro clínico da parte autora, não se justificando a ideia do aparecimento tardio de uma permanente invalidez.

Prestigiando o princípio da eventualidade, destacamos que foi nomeado perito, tendo as partes apresentado quesitos com o escopo de se verificar qual o grau de comprometimento da Invalidez apurada, não obstante a impossibilidade de condenação ante a ausência do elemento causal (acidente x invalidez).

Repita-se, não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação

VEJA AINDA EXA., QUE O I. EXPERT, NÃO INFORMA QUAL SERIA O TIPO DE RESTRIÇÃO, LIMITAÇÃO OU INUTILIZAÇÃO DO R. ÓRGÃO INFORMADO NO LAUDO PERICIAL.

Diante do exposto, não tendo sido cabalmente comprovado o nexo de causalidade entre o suposto acidente automotor e a invalidez constatada, merece ser julgada totalmente improcedente a presente demanda nos termos do art. 487, I do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 29 de junho de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
OAB/PB 15477



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/07/2023 11:24:46
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070311244562500000071154426>
Número do documento: 23070311244562500000071154426