



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
75528 521	03/07/2023 11:24	<u>Petição</u>	Petição
75528 522	03/07/2023 11:24	<u>2815717_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u>	Outros Documentos
75528 524	03/07/2023 11:24	<u>2815717_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/07/2023 11:24:45
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070311244473200000071153523>
Número do documento: 23070311244473200000071153523

Num. 75528521 - Pág. 1



CTC RECIFE PE PL7



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



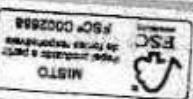
72110942301901000000000000000000 251119

Data de Postagem: 25/11/2019

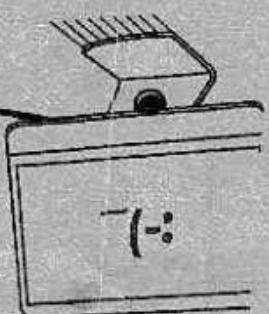
Data de Vencimento: 06/12/2019

Data de fechamento (emissão): 22/11/2019

Data prevista de fechamento da próxima fatura: 22/12/2019



Mais rápido e fácil para você.
Mude para a
Fatura Digital



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/07/2023 11:24:45
<https://pje.tjpj.brasil/juridico/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070311244520800000071153524>
Número do documento: 23070311244520800000071153524

Num. 75528522 - Pág. 1



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

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

vencimento
06/12/2019

A) pagamento total **R\$ 485,47**

ou

B) pagamento mínimo* **R\$ 72,82**
+12x 63,86

Resumo da fatura em R\$

Total da fatura anterior	517,05
• Pagamentos efetuados	500,00
• Saldo inventário	17,05
• Encargos (financiamento + moratória)	28,62
• Lançamentos atuais	439,80
• Total dessa fatura	485,47

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

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

B) Pagamento mínimo o valor pago será considerado como entrada de um financiamento. 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, incurring em juros, multa e mora.

Pagamentos efetuados

DATA	ESTABELECIMENTO	VALOR EM R\$
10/11	CREDITO PAGAMENTO LOJA	- 750,00
15/11	CREDITO PAGAMENTO LOJA	- 250,00
Total dos pagamentos		- 500,00

Lançamentos: compras e saques

EDSON R DE ARAUJO (final 9576)		
DATA	ESTABELECIMENTO	
24/10	NENEM MATERIAL DE 01/02	
	VALOR EM R\$	
	56,50	
16/11	PLANO DE RIO DE JANEIR	38,21
16/11	PAG'LAIFFE confecço CABEDELO	12,00
16/11	PAG'Compras CABEDELO	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	PARCELAMENTO FATURA 03/04	153,73
	Principal (R\$ 125,00) + Juros (R\$ 28,73)	

Continua...

Compra presencial
com o uso do cartão e senha.

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: LURZACRED S/A SCFI - 02.206.577/0001-80
Endereço do Beneficiário: RUA AMAZONAS DA SILVA, 27, 2ºA, VILA GUILHERME - SÃO PAULO - SP

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

rebole do pagador

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 ao pagamento até a data de vencimento para não gerar encargos e/ou restrição contratual. Em caso de atraso, os encargos serão cobrados na próxima fatura. Nome do Beneficiário: LURZACRED S/A SCFI - 02.206.577/0001-80 RUA AMAZONAS DA SILVA, 27, 2ºA, VILA GUILHERME - SÃO PAULO - SP						Data de Vencimento:
Data de Documento:	Número do Documento:	Espece BDC:	Setor:	Data de Processamento:	Nossa Número:	Agência / Código Beneficiário:
06/11/2019	00179250372/0024839	FT	N	22/11/2019	2040/01687-1	06/12/2019
Usa do Rebo:	Corrente:	Saldo:	Quantidade:	taxa:	175/79250372-6	Imp) Valor do Documento:
175	R\$				R\$ 485,47	(+) Descontos / Abatimentos:
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 quanto, 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 de sua fatura, pagando o valor exato da parcela até a data do vencimento.						(+) Juros/Multa:
						(+) Valor Pago:
Nome do Pagador/CPF/Endereço/Cidade/UF/CEP: EDSON RAMOS DE ARAUJO - 009.331.434-51 R MONTE CASTELO 43 - MANDACARU - 58027-495 JOAO PESSOA - PB - Sacador Avulso:						

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



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

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

Num. 75528522 - Pág. 2

Número do documento: 23070311244520800000071153524





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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é possível 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Marcelo Antônio Rodrigues Luiz

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 005705364-37, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Edson Rêmes de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 009331434-51

do sinistro de DPVAT cobertura Maluiz da Vítima Edson Rêmes de Souza.

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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Enderço:	<u>Rua Prof. Oswaldo de Minardi Poerino</u>	Número:	<u>860</u>	Complemento:	<u>Sala 204</u>
Bairro:	<u>Guararé</u>	Cidade:	<u>João Pessoa</u>	Estado:	<u>PB</u>
E-mail:	<u>maluizluiz.62@gmail.com</u>			CEP:	<u>58033-490</u>
				Tel.(DDD):	<u>(031)970344565</u>

Local e Data:

João Pessoa 09/01/20

Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/07/2023 11:24:45
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070311244520800000071153524>
Número do documento: 23070311244520800000071153524

Num. 75528522 - Pág. 4



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.

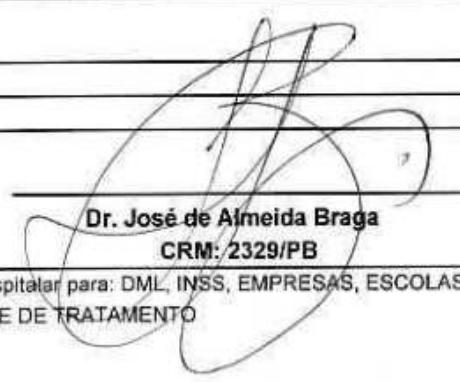
E para constar eu, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

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		
<u>AVALIAÇÃO INICIAL:</u>			
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.			
<u>EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:</u>			
RX de torax			
RX de perna direita			
RX de pé direito			
<u>RESULTADOS DOS EXAMES:</u>			
Sem anormalidades.			
<u>TRATAMENTO:</u>			
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





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena28/09
AV. ORESTES LISBOA, s/n - 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 87206834	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2122634	Nº Cnes 898000508590134		
Local de procedência BESSA	Tipo BAIRRO		UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA		CBOR	
Endereço				
CEP 58310000	Município de residência CABEDELO	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	P脉	Temperatura	
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor [] ECG [] Ultrasonografia []
Dados clínicos				
Diagnóstico				CD
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA				Tempo 01min 20seg

Imprimir

11/08/2018 17:39



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/07/2023 11:24:45
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070311244520800000071153524>
 Número do documento: 23070311244520800000071153524

Num. 75528522 - Pág. 8

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

ESSON RmOS DE Traj

Paciente MARIA NUBERLINA DA SILVA OLIVEIRA	BAE 1100724	Data/Hora Entrada 11/08/2018 17:28:57	Data Baixa
Data de nascimento 27/07/1981	Idade 37a 15d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 987150208
Mãe MARIA DAS GRACAS DA SILVA OLIVEIRA			
Endereço DO JASMIM, SN	Bairro INDÚSTRIAS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo CORTE	Profissional CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO	Nº Cons. Regional 6311/
Data/Hora Classificação 11/08/2018 17:59:22		Data/Hora Prescrição 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 COLUNA CERVICAL
- B) RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE, EUPNÉICO
- 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

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)

RADIOGRAFIA DE Perna DIREITA

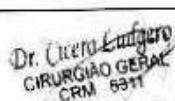
RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

CID10

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

Conduta

Em observação


 Dr. Cícero Ludgero
 CIRURGÃO GERAL
 CRM: 6311

 Boletim registrado por: HUGO WENEO PEREIRA DOS SANTOS em 11/08/2018 17:30:37
 MARIA NUBERLINA DA SILVA OLIVEIRA

 CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO
 (CRM: 6311)


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

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

Número do documento: 23070311244520800000071153524

Num. 75528522 - Pág. 9

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	Telefone de Contato (83) 87206834
Mãe SEVERINA RAMOS DE ARAUJO			
Endereço PROJETADA, 09	Bairro JACARE	Município CABEDELO	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO	Nº Cons. Regional 6311/
Data/Hora Classificação 11/08/2018 18:16:20		Data/Hora Prescrição 11/08/2018 18:16:56	

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 CREPITAÇÕES A PALPAÇÃO DA COLUNA CERVICAL ESPONTANEAMENTE, EUPNÉICO 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 ANALGÉSIA RX DO TRAUMA AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA.

MEDICAÇÃO

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

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)



Cruz Vermelha HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H
Brasileira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

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	E.V		AGORA	
	CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG				
	Diluir em SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9% (FRASCO 100ML)	100.0	ML				

Dr. Cícero Lúdgero Alcindo de Melo
CRM: 6311
Assinatura e Carimbo do Profissional

11 de Agosto de 2018

Cícero Lúdgero Alcindo de Melo
CRM: 6311



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente:EDSON RAMOS DE ARAUJO
Data:11/08/2018 19:06:45
CPF:Não Informado
Idade:40
BAE:11000726

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

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

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
Samuel Hummel Lucas



REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome EDSON RAMOS DE ARAUJO	Prontuário
Data de 27/01/1978	Nº Boletim Emergência 1100726
Material a examinar	

EXAME DE IMAGEM
RADIOGRAFIA DE TORAX (PA)
RADIOGRAFIA DE PERNAS DIREITA
RADIOGRAFIA DE PÉ / DEDOS DO PÉ DIREITO

11/08/2018
11/08/36
Suelio Moreira Torres

11 de Agosto de 2018

Dr. (a) Livaldo Lúcio
CIRURGÃO GERAL
Assinatura e Cartório do Profissional

1) Assinatura deixa vacante para assinatura e intituição de outras pessoas.





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

Eduardo Ribeiro
de Souza

Bando Med.

Para /, com
butter d'Yours
em pi ① em
cedro, avanço
le lítico (sic)
que meu quer
em futuro de
F. de 3º P.D.
Protocolo Causa
Procurado

000.597-5 Assinatura e Carimbo

Dr. Leônidas C. Junior
Cirurgião de P.D. e Fonoaudiólogo
CRM-F-62187 CRM-PE 18888
TELEF 13338

7
10
38





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/07/2023 11:24:45
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070311244520800000071153524>
Número do documento: 23070311244520800000071153524

Num. 75528522 - Pág. 15



ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL		CONSELHO SECCIONAL DA PARAÍBA	
Identidade do Advogado			
Nº DA INSCRIÇÃO	21734	Data da inscrição	21/06/2015
NOME	MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE		
FRANÇA	AMALIA GONÇALVES DE LUCENA		
	ANTONIO REIS DE LUCENA		
NAT. (sej. prof.)	Júlio Pessoa	DATA DO Nascimento	27/11/1980
R.G.	2543454	CPF	009.705.364-37
Assinatura do Advogado			
<i>John Bezerra Calcatelli Soárez</i>			
Presidente da OAB-PB			



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - PB **Nº 013747700143**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	OD. RENAVAM	R.N.T.C.	EXERCÍCIO
1	0034464267-4	20170000318864-1	2017
EDSON RAMOS DE ARAUJO			
CPF / CNPJ	PLACA		
00933143451	OEX7468/PB		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
NOVO	PB 9C2JC4110BR803909		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	GASOLINA		
ANO FAB.	ANO FAB. / ANO MOD.		
HONDA/CG 125 FAN KS	2011 / 2011		
CATEGORIA	COT / PREDOMINANTE		
2 P/124 /CI	PARTIC.		
DATA LINHA	VERMELHA		
FAIXA LPVA	VENCI. COTA ÚNICA		
IPVA	1º		
FAIXA LPVA	00/00/0000		
IPVA	2º		
FAIXA LPVA	3º		
PRÉMIO TURFÁRIO (R\$)	0		
IPVA (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)		
DATA DE PAGAMENTO			
*****	SEGURO PAGO 18/08/2017		
SEM RESERVA DE DOMÍNIO			
LOCAL	DATA		
CABEDELO-PB	0		
32280	18/08/2017		
			
Agente de Venda do Sisvei DETAN - EX-DETRAN-PB - DETRAN-PB			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS 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

VIA	OD. RENAVAM	CPF / CNPJ	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
1	00933143451		2017	18/08/2017
PLACA	CHASSI	MARCA / MODELO		
NOVO	PB 9C2JC4110BR803909	HONDA/CG 125 FAN KS		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL	ANO FAB. / ANO MOD.		
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC	GASOLINA			
ANO FAB.	ANO FAB. / ANO MOD.			
HONDA/CG 125 FAN KS	2011 / 2011			
CATEGORIA	COT / PREDOMINANTE			
2 P/124 /CI	PARTIC.			
DATA LINHA	VERMELHA			
FAIXA LPVA	VENCI. COTA ÚNICA			
IPVA	1º			
FAIXA LPVA	00/00/0000			
IPVA	2º			
FAIXA LPVA	3º			
PRÉMIO TURFÁRIO (R\$)	0			
IPVA (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)			
DATA DE PAGAMENTO				
*****	SEGURO PAGO 18/08/2017			
PRÉMIO TARIFÁRIO				
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)		
*****	*****	*****		
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IPF (R\$)	TOTAL / SER PAGO PELO SEGURO (R\$)		
*****	*****	*****		
PAGAMENTO	SEGURO	PAGO		
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	<input type="checkbox"/> DATA DEQUITAÇÃO		
		18/08/2017		
SEGURADORA LÍDER - DPVAT				
CNPJ 09.248.008/0001-04				
7976-1610037-20170818				



**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 N°:	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.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/07/2023 11:24:45
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070311244520800000071153524>
Número do documento: 23070311244520800000071153524

Num. 75528522 - Pág. 18

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 sequelas

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 Rêmes de Araujo
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Auxiliar de Cozinha
Identidade: 212.26.34 CPF: 009.331.934-51
Endereço: Rua Monte Castelo 43, Mandacaru

OUTORGADO:

Nome: Manoel Antônio Rodrigues de Souza
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Separado
Profissão: Advogado
Identidade: 217.74.148-93 CPF: 009.705.364-37
Endereço: Rua Prof. Oswaldo de Noronha 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 Rêmes de Araujo



João Pessoa 05.12.2018
Local e data

Edson Rêmes de Araujo

Assinatura do
(reconhecer firma por



502670
Selo de Notaria
Edson Rêmes de Araujo

Reconheço, como autentica e verdadeira, a(s) Firma(s) de:

EDSON RÂMOS DE ARAUJO

En test da verdade, João Pessoa-PB 05/12/2018 11:50:44

Tiago Dionísio da Silva - Auxiliar

[2018-029315] JURIS:R\$ 89,40 FARPEN:R\$ 0,28 FEP:R\$ 0,00

SELO DIGITAL: AHT47509-30R7

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

Tiago Dionísio da Silva
TJ-PB



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004129/20

Vítima: EDSON RAMOS DE ARAUJO

CPF: 009.331.434-51

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/08/2018

Titular do CPF: EDSON RAMOS DE ARAUJO

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/07/2023 11:24:45
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070311244520800000071153524>
Número do documento: 23070311244520800000071153524

Num. 75528522 - Pág. 21

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/08/2018

Titular do CPF: EDSON RAMOS DE ARAUJO

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/08/2018

Titular do CPF: EDSON RAMOS DE ARAUJO

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARCELO ANTONIO RODRIGUES DE LUCENA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/07/2023 11:24:45
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070311244520800000071153524>
Número do documento: 23070311244520800000071153524

Num. 75528522 - Pág. 23

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, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15349292





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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/07/2023 11:24:45
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070311244520800000071153524>
Número do documento: 23070311244520800000071153524

Num. 75528522 - Pág. 25



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



00060402

Carta nº 15482532



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/07/2023 11:24:45
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070311244520800000071153524>
Número do documento: 23070311244520800000071153524

Num. 75528522 - Pág. 26



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:

009331434-5 Edson Rimes 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:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:			15 - Tel (DDD):

Edson Rimes de Souza
curador de serviços Rua Monte Castelo 43
mandacaru João Pessoa PB 58027-495
(83) 3993-22099-1

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:

<input checked="" 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 type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1909 CONTA: 45.957 (3)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (3)

(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 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou hereditário (não nascer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	--	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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	35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____
----	--	---	-------------------------------------

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha
--	-------------------------------------	--------------------------

40 - Local e Data, _____	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____	Assinatura da testemunha
--------------------------	-------------------------------------	--------------------------

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	43 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--	---

44 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	45 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	47 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	49 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

50 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	51 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

52 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	53 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

54 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	55 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

56 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	57 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

58 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	59 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

60 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	61 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

62 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	63 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

64 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	65 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

66 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	67 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

68 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	69 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

70 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	71 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

72 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	73 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

74 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	75 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

76 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	77 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

78 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	79 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

80 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	81 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

82 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	83 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

84 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	85 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

86 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	87 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

88 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	89 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

90 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	91 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

92 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	93 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

94 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	95 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

96 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	97 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

98 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	99 - Assinatura do Procurador (se houver)
--	---

100 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	101 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

102 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	103 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

104 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	105 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

106 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	107 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

108 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	109 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

110 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	111 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

112 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	113 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

114 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	115 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

116 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	117 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

118 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	119 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

120 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	121 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

122 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	123 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

124 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	125 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

126 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	127 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

128 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	129 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

130 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	131 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

132 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	133 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

134 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	135 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

136 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	137 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

138 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	139 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

140 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	141 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

142 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	143 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

144 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	145 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

146 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	147 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

148 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	149 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

150 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	151 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

152 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	153 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

154 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	155 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

156 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	157 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

158 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	159 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

160 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	161 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

162 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	163 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

164 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	165 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

166 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	167 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

168 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	169 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

170 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	171 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

172 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	173 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

174 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	175 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

176 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	177 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

178 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	179 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

180 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	181 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

182 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	183 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

184 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	185 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

186 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	187 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

188 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	189 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

190 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	191 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

192 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	193 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

194 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	195 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

196 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	197 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

198 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	199 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

200 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	201 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

202 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	203 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

204 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	205 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

206 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	207 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

208 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	209 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

210 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	211 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

212 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	213 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

214 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	215 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

216 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	217 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

218 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	219 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

220 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	221 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

222 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	223 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

224 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	225 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

226 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	227 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

228 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	229 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--

230 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	231 - Assinatura do Procurador (se houver)
---	--





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

009331434-5 Edson Rimes 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:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:			15 - Tel (DDD):

Edson Rimes de Souza
curador de serviços Rua Monte Castelo 43
mandacaru João Pessoa PB 58027-495
(83) 3993-22099-1

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:

<input checked="" 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 type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1909

CONTA: 45.957

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a future avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou hereditário (não nascer): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--	---	--	--	---	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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
Iniciativa
de
que
o
beneficiário
não
possua
alfabetizaç
ão
básica

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

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

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

40 - Local e Data,

João Pessoa 06/07/2020
Edson Rimes de Souza

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

06/07/2019

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 03/07/2023 11:24:45
<https://pje.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070311244520800000071153524>
Número do documento: 23070311244520800000071153524

Num. 75528522 - Pág. 30

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
Recepionista: 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 / PROJETADA, 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 violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	PR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
PC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemica:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	02%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
Queixa Principal		<input type="checkbox"/> Vomito
Observacao		

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

Rx + Cintilografia do Trauma em p' D.

Histórico - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*referencia dor em 5º POD. Checo Rx c/fix de F, 8º POD
(D: Reducao incompleta e talo adesivo
Rx controle*

Diagnostico

| Conduta

Prescriçao

| Horario da medicacao

030106006-1
030309020-0
040805019-5 (5€)



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

P. C. C. C. : Ba mber

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

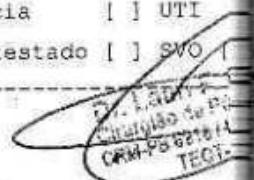
John R.
Hodges
Oxford

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do M





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 causalidade 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 inexiste 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.

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



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

Num. 75528524 - Pág. 1

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.joaoportoadvocacia.com.br



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

Num. 75528524 - Pág. 2

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.tpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23070311244562500000071154426>
Número do documento: 23070311244562500000071154426

Num. 75528524 - Pág. 3