



Número: **0800845-84.2019.8.15.0601**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Belém**

Última distribuição : **01/11/2019**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR (AUTOR)		ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA registrado(a) civilmente como ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73619014	22/05/2023 11:58	Petição	Petição
73619016	22/05/2023 11:58	2824687_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
73619017	22/05/2023 11:58	2824687_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190259478

Vítima: ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 04/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

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,

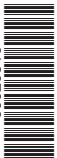
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14151708

Pag. 01079/01080 - carta_01 - INVALIDEZ

00020540





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, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190259478

Vítima: ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 04/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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. 01939/01940 - carta_03 - INVALIDEZ

00050970



Carta nº 14154423



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/05/2023 11:58:02

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052211580208400000069391519>

Número do documento: 23052211580208400000069391519

Num. 73619016 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190259478

Vítima: ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 04/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01799/01800 - carta_02 - INVALIDEZ

00060900



Carta nº 14434104



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/05/2023 11:58:02

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052211580208400000069391519>

Número do documento: 23052211580208400000069391519

Num. 73619016 - Pág. 3



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190259478

Vítima: ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 04/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

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

Comprovante de residência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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. 00333/00334 - carta_03 - INVALIDEZ

00070167



Carta nº 14484254



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/05/2023 11:58:02

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052211580208400000069391519>

Número do documento: 23052211580208400000069391519

Num. 73619016 - Pág. 4



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, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190259478

Vítima: ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 04/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **001**

Agência: **000002460-0**

Conta: **00000000594-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02460-0

CONTA: 000000000594-0

Nr. da Autenticação F35A8AC51C76C19D



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190259478 **Cidade:** Belém **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA **Data do acidente:** 04/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A
JUNIOR

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO ACETÁBULO DIREITO. FRATURA DIAFISÁRIA DO TERÇO DISTAL DO FÊMUR DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE COM HIPOTROFIA MUSCULAR DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E ENCURTAMENTO COM CERCA DE 3 CM. LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL E JOELHO DIREITOS.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO INICIALMENTE À TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA E OSTEOSÍNTESE COM PLACA DCP EM SEGUNDO TEMPO. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES COM COMPROMETIMENTO FUNCIONAL. HÁ RELATO DE ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/07/2019

Conduta mantida:

Observações: LAUDO MÉDICO DO HOSPITAL SENADOR HUMBERTO LUCENA, INFORMA COMO DATA DO ACIDENTE 14/12/2018, QUANDO O CORRETO É 14/11/2018.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

01273737482

Nome completo da vítima:

ESPEDITO FRANGELINO DA SILVA

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

Nome completo:

ESPEDITO FRANGELINO DA SILVA

Profissão:

ALFABETIZADOR

Endereço:

215 SULFIAO

CPF:

01273737482

Bairro:

ÁREA RURAL

Cidade:

BELEM

Número:

312

Complemento:

CEP:

58255000

E-mail:

Tel. (DDD):

83 386326181

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: B. N. S. I. C.

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2460

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 584

(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.

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: São Paulo, 04/04/2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
Assinatura

04 ABR. 2019

PROCURADOR
AG. JOÃO PESSOA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes de preencher e assinar.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS

FPS.001 V001/2018

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 012 73737482 Nome completo da vítima: ESPELITO FRANCIELINO DASILVA JUNIOR

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

Nome completo: ESPELITO FRANCIELINO DASILVA JUNIOR CPF: 012 73737482
Profissão: ENFERMEIRO Endereço: ST. SUSPIRO Número: _____ Complemento: _____
Bairro: ÁREA RURAL Cidade: DELEM Estado: _____ CEP: 58255000
E-mail: _____ Tel. (DDD): 83 386326181

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ 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: BRB
AGÊNCIA: 2460 CONTA: 584
(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.

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 **assinale uma das opções**:

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____
Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
Assinatura do Procurador (se houver): _____
TESTEMUNHAS
1ª | Nome: _____ CPF: _____
2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
Assinatura: _____
03 JUL 2019

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fé pública do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

FPS.001 V001/2018





**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 03737.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 03737.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:58 horas do dia 04 de abril de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Espedito Francelino da Silva Junior**, CPF nº 012.737.374-82, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Agricultor, filho(a) de Maria Lúcia Gomes do Nascimento e Espedito Francisco da Silva, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 15/06/1982 (36 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Suspiro, bairro [indeterminado], tendo como ponto de referência Zona Rural, na cidade de Belém/PB, telefone(s) para contato (83) 98632-6181.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Suspiro, Zona Rural, Belém/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 04/12/18 06:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

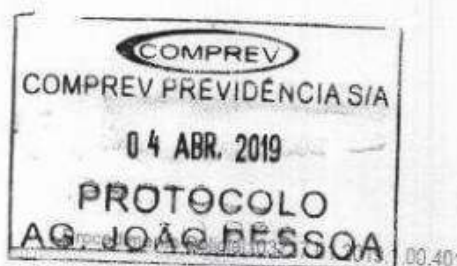
QUE, segundo o declarante no dia 04/12/2018 por volta das 08:00 horas quando transitava, pela zona rural da cidade de Belém no sítio Suspiro; com o veículo tipo HONDA/CG150 FAN ESDI ano e modelo: 2013/2014, de cor preta de placa: OGE4499/PB CHASSI: 9C2KC1680ER439030 pertencente ao Sr. Raimundo de Pontes Silva; Que segundo o mesmo vinha pilotando normalmente a moto quando perdeu o controle da moto e colidiu de frente com outra moto; QUE devido ao fato o declarante veio a cair ao solo e se lesionar sendo socorrido por terceiros ao HOSPITAL REGIONAL DE GUARABIRA sendo transferido posteriormente para o HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA onde foi diagnosticado, de acordo com o prontuário de nº 112079 - FRATURA DO FÊMUR DIREITO CID S72.3; conforme LAUDO MÉDICO assinado pelo médico JUAN JAIME ALCOPA ARCE CRM 3323/PB.

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

João Pessoa/PB, 04 de abril de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI:

CPF da vítima:

01273737482

Nome completo da vítima:

ESPEDITO FRANGELINO DA SILVA

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

Nome completo:

ESPEDITO FRANGELINO DA SILVA

Profissão:

ALICULTOR

Endereço:

215 SULFIDAO

CPF:

01273737482

Bairro:

AREA RURAL

Cidade:

BELEM

Número:

312

Complemento:

CEP:

58255000

E-mail:

Tel. (DDD):

83 386326181

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

BRASIL

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

2460

00

CONTA:

584

00

(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.

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

Boa Vista, 04/04/2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

04 ABR. 2019

PROCURADOR AG JOAO PESSOA

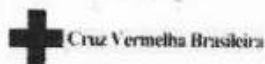
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes de preencher e assinar.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS

FPS.001 V001/2018



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: 1119871



Identificação do paciente			
ID 1342364	Nome ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR		Sexo Masculino
Data de nascimento 15/06/1982	Idade 36 anos 4 meses 20 dias	Estado civil	Religião
Mãe MARIA LUCIA GOMES DO NASCIMENTO		Pai ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA	
Escolaridade		Responsável (Parentesco) LUZIA BARBOSA DE SANTANA - ESPOSO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991045237	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 18328019	Nº Cns 703004870079479	
Local de procedência GUARABIRA	Tipo MUNICIPIO	UF PB	
Email	Naturalidade GUARABIRA	CBO/R	
Endereço			
CEP 58255000	Município de residência BELEM	UF PB	Logradouro SUSPIRO
Número SN	Complemento	Bairro ZONA RURAL	
Admissão			
Data e Hora 04/11/2018 18:11:21	Número da pulseira 1000006923630	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente OUTRA UNIDADE DE SAUDE		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO	
Indicadores e Transporte			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte AMBULANCIA		Quem transportou	
Sinais Vitais			
PA _____ x _____ mmHg	Pulso	Temperatura	
Exames complementares			
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []
Liquor []		ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos			
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 04 ABR. 2019 PROTÓCOLO AG. JOÃO PESSOA			
Diagnóstico		CID	
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA		Tempo 02min 36seg	

Imprimir

04/11/2018 16:15



MARIA LUCIA SOARES DA SILVA
SIT SUSP. 307 - AREA RURAL
SILVIA / PB CEP: 58255000 (AQ: 22)

Urgente: MONITORAÇÃO
Cis/202: RESMTC 21 / RESCENCIAL - BARRA RENDIDA
Roteiro: 11 - 58 - 804 - 4780 Referência: Mar / 2019
Medidor: 00000941870 Emissão: 19/03/2019

energisa

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R-230, Km 21 - Centro Rodovia José Pessoa / PB - CEP: 58011-680
CNPJ: 09.030.130/0001-40 Ins. Est. 18.619.023-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 002.001.905
Cód. para Dct. Substitutivo: 00001844270

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

Conta referente a Apresentação Data prevista da próxima leitura CPF / CNPJ / RANI
Mar / 2019 19/03/2019 17/04/2019 046.574.434-01

UC (Unidade Consumidora): 5/684407-0

Canal de contato

- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 28 de abril de 2002.
Com a tarifa social, você ajuda a preservar o meio ambiente, tem o controle de seu consumo e qualquer momento e sempre um comprovante de consumo na mão. Entre em contato com um dos nossos canais e solicite a sua!

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data 18/02/19	Leitura 11437	Data 18/03/19	Leitura 11481	
Demonstrativo				
001 Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor	Valor
0801 Consumo até 30 kWh/BR	30,000	0,257340	7,72	25
0801 Consumo - 31 a 100 kWh/BR	70,000	0,442893	31,00	27
0801 Consumo - 101 a 220 kWh/BR	74,000	0,738430	54,71	27
0810 Subsídio			45,13	27
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0801 CONTRIBUIÇÃO ILUM. PÚBLICA			1,21	0,00
0804 JUROS DE MORA 12/2018			1,00	0,00
0805 MULTA 12/2018			3,32	0,00
0806 Devolução Subsídio			-37,24	0,00

DCT - Código de Classificação do Item: TOTAL 118,33 102,35 58,25 142,35 1,53 7,04
Tarifa de Tarifa: Até 30 kWh 0,257340 Até 100 kWh 0,442893 Até 220 kWh 0,738430

Média últimos meses (kWh) VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
145 26/03/2019 R\$ 118,33

Histórico de Consumo (kWh)

129 | 151 | 180 | 149 | 122 | 115 | 97 | 118 | 117 | 175 | 200 | 190
Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18 Ago/18 Set/18 Out/18 Nov/18 Dez/18 Jan/19 Fev/19

RESERVADO AO FISCO

5d10.0f8d.bc4d.abb5.2ee8.0e73.c532.11cf

Indicadores de Qualidade			Composição de Consumo	
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	Discriminação	Valor (R\$)
DCE ANUAL 12,25	0,15	NOMINAL 220	Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	33,25
DCE SEMESTRAL 24,71			Serviço de Transmissão	33,10
DCE ANUAL 49,42			Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	3,00
DCE SEMESTRAL 7,74			Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	1,53
DCE ANUAL 15,45			Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	0,00
DCE SEMESTRAL 30,90			Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	0,00
DCE ANUAL 6,18			Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	0,00
DCE SEMESTRAL 12,36			Serviço de Distribuição de Energia Elétrica	0,00

ATENÇÃO

- REAVISO: Caso a(s) fatura(s) não seja(m) paga(m) em tempo, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 03/04/2019. Condição Resolução 474/ANEEL. O pagamento após essa data não elimina a possível suspensão do fornecimento. Caso o mesmo não seja comunicado, as contas serão pagas em nome da unidade consumidora para a concessionária. Crie uma fatura para a concessionária e a concessionária suspenderá o fornecimento. Este prazo não vale para as faturas de energia elétrica, pois estas a suspensão do fornecimento poderá ocorrer a qualquer momento até a decretação do prazo de 90 (noventa) dias, contados da data de vencimento da fatura vencida e não paga.
- Fatura sujeita a inclusão em órgãos de proteção ao crédito no caso de inadimplência.
- Sua unidade foi faturada como Barra Rendida, tendo um desconto de R\$ 37,24.
- Letura confirmada.

Faturas em atraso

Fev/19 123,04
Jan/19 39,29

COMPREV PREVIDENCIA S/A
04-ABR-2019
PROTÓCOLO
JOÃO PESSOA

PARAIBA
Roteiro: 11 - 58 - 804 - 4780
Matrícula: 88447.2019-03-1
83630003001-2 18330054000-6 06844072019-8 03200056019-8

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR
26/03/2019 R\$ 118,33

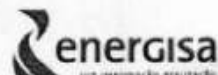


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Boleto para simples pagamento da nota fiscal/compra de energia elétrica - Nº 026.636.220



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Ins. Est. 16.016.833-0

DADOS DO CLIENTE

MARIA LUCIA GOMES DA SILVA
SIT SUSPIRO S/N
BELEM

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/684407-0

REFERÊNCIA

JUN/2019

APRESENTAÇÃO

17/06/2019

CONSUMO

128

VENCIMENTO

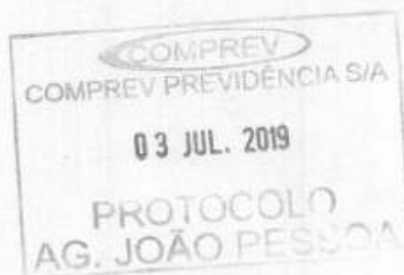
26/06/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 81,27

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 02853.824171 7 793200000008127				
Pagador: MARIA LUCIA GOMES DA SILVA CNPJ/CPF: 046.574.434-61				
SIT SUSPIRO S/N - AREA RURAL - BELEM / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120002853824	000684407201906	26/06/2019	R\$ 81,27	
BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				09.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/05/2023 11:58:02

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052211580208400000069391519>

Número do documento: 23052211580208400000069391519

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, RAIMUNDO DE PONTES SILVA,
RG nº 221171524, data de expedição 09/04/2018,
Órgão SSOS-PB, portador do CPF nº 013 880 124 41, com
domicílio na cidade de Piripituba, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA PROFª ZELIA, nº 36,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima ESPEDITO FRANCILINO DA SILVA JUNIOR cujo o condutor era
ESPEDITO FRANCILINO DA SILVA JUNIOR

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA 150 FAN ESDI
Ano: 2013/2014
Placa: 06E 44931 PB
Chassi: 9C 2KCI 68 06N 439030
Data do Acidente: 04/12/2018
Local e Data: PIRIPITUBA, 05/04/2019

Raimundo de Pontes Silva
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

 **CARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO E
REGISTRO DE IMÓVEIS**
Rua: Prof. I Air Castilho, 106 Centro
Piripituba-PB Fone: (53) 3272-1081
E-MAIL: cartorio@registroimoveis.com.br

Reconheço a firma como verdadeira por AUTENTICIDADE de RAIMUNDO DE PONTES
SILVA, dou fé.
Piripituba-PB 05 de Abril de 2019. Em _____ dou verdade

Maria Verônica Pontes de Sousa (Escrivente Encarregada)
SELO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO de Tipo Normal B A0K757-8790.
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emolumentos: R\$ 9,91 - FEP; R\$ 1,98 - FARPEN; R\$ 0,29 ISS; R\$ 0,49





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 Espedito Francelino da Silva Junior
DATA DE NASCIMENTO 15/06/82
NOME DA MÃE Maria Lucia Gomes do nascimento

DADOS EXTRAÍDOS

PRONTUÁRIO N.º 112079
BOLETIM DE ENTRADA N.º 112079
DATA DO ATENDIMENTO 04/12/18
HORA DO ATENDIMENTO 18:11
MOTIVO DO ATENDIMENTO Acidente de moto
DIAGNÓSTICO (S) Fratura de fêmur direito
CID 10 S72.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de moto HÁ 12 horas, trazido por ambulância de Guarabira, apresenta tala gessada em perna direita. Avaliado pela Traumatologia e internado para tratamento cirúrgico.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX bacia, coxa D, perna D, tornozelo, pé D, joelho D.

RESULTADOS DOS EXAMES:

Rx: fratura de acetábula e fêmur D.

TRATAMENTO:

Tratamento cirúrgico de fratura de fêmur direito

ALTA HOSPITALAR:
DATA DA EMISSÃO:

21/11/08

19/02/19

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

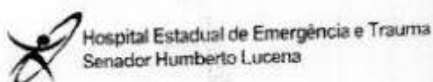
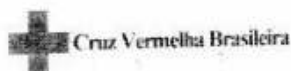
04 ABR 2019

Dr. Juan Jaime Alcoba Arce
CRM: 3323/PB

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

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



**CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR	BAE 1119871	Data/Hora Entrada 04/11/2018 18:11:21	Data Baixa
Data de nascimento 15/06/1982	Idade 36a 4m 20d	Sexo Masculino	CNS 703004870079479
Mão MARIA LUCIA GOMES DO NASCIMENTO			Telefone de Contato (83) 991045237
Endereço SUSPIRO, SN			Prontuário
Bairro ZONA RURAL			UF PB
Município BELEM			Nº Cons. Regional 8252/PB
Acidente MOTO X MOTO			Profissional TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA			Data/Hora Prescrição 04/11/2018 19:56:34
Data/Hora Classificação 04/11/2018 18:11:21			

Anamnese**ORTOPEDIA**

RELATO DE COLISÃO MOTO X MOTO COM TRAUMA NO MID. NEGA USO DE CAPACETE. NEGA TCE OU PERDA DE CONSCIÊNCIA

EX. FIS.: BEG, CONSCIENTE E ORIENTADO
MID: EDEMA 1+/4+ NA COXA DIREITA, COM DOR PALPAÇÃO. SEM ALTERAÇÕES NEUROVASCULARES MID.
IMOBILIZADOR GESSADO NO TNZ DIREITO

RX: FRATURA DIAFISÁRIA DO TERÇO DISTAL DO FEMUR DIREITO
ALTERAÇÃO ÓSSEA ACETÁBULO DIREITO

HD: FRATURA FECHADA FEMUR DIREITO
FRATURA ACETABULO DIREITO

CD: TC BACIA
INTERNAÇÃO PARA TTTO CIRURGICO DE URGÊNCIA

EXAME DE IMAGEM

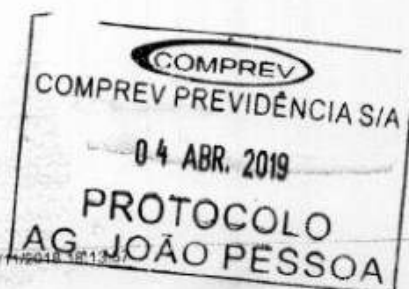
OMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE BACIA

Conduta

Em observação

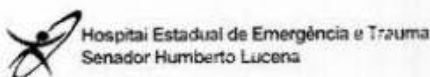
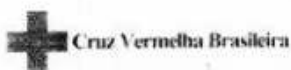
ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

TIBERIO VANOMARK CHAVES BEZERRA
(CRM: 8252/PB)



Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 04/11/2018 18:13:47





CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

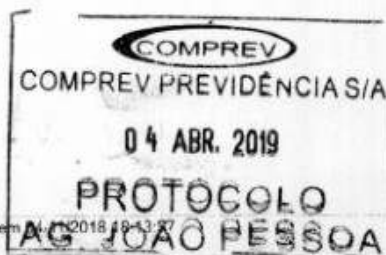
Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR		BAE 1119871	Data/Hora Entrada 04/11/2018 18:11:21	Data Baixa				
Data de nascimento 15/06/1982	Idade 36a 4m 20d	Sexo Masculino	CNS 703004870079479	Telefone de Contato (83) 991045237				
Mãe MARIA LUCIA GOMES DO NASCIMENTO				Prontuário				
Endereço SUSPIRO, SN		Bairro ZONA RURAL	Município BELEM	UF PB				
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EDUARDO MOTTA BRAGA	Nº Cons. Regional 7253/PB					
Data/Hora Classificação 04/11/2018 18:11:21		Data/Hora Prescrição 04/11/2018 18:17:20						
Anamnese ACIDENTE MOTOCICLETA HÁ 12H. RAZIDO CONSCIENTE E ORIENTADO POR AMBULANCIA BASICA DE GUARABIRA APRESENTA TALA GESSADA EM PERNA DIREITA POREM RX EVIDENCIA FRATURA FEMUR DIREITO TORAX E ABDOMEN NDN CD: ALTA CIRURGIA GERAL AOS CUIDADOS ORTOPEDIA								
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE BACIA RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)								
CID10 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Código</th> <th>Descrição</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>S14.9</td> <td>Traumatismo não especificado</td> </tr> </tbody> </table>					Código	Descrição	S14.9	Traumatismo não especificado
Código	Descrição							
S14.9	Traumatismo não especificado							
Conduta Em observação								

ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

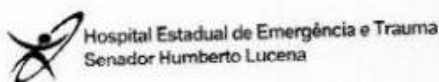
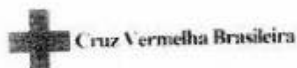
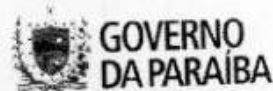
EDUARDO MOTTA BRAGA
(: 7253/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 04/11/2018 18:13:57



05/11/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/atendimento.do?&perform=imprimir&controle=2&id=434111&dataInicial=05/11/2018 00:23:04&dataFinal=...

INTERNO, S/N -
CNES: 454547 - Tel.:Impresso por: HEISENBERG
BATISTA MEDEIROS DE
ALMEIDA
Em: 05/11/2018 00:25:15

Paciente ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR		Boletim de Atendimento 1119871	Data/Hora Entrada 04/11/2018 18:11:21	Data/Hora Saída
Data de nascimento 15/06/1982	Idade 36	Sexo Masculino	CNS 703004870079479	Prontuário 112079
Tempo de Internação		Convênio SUS	Plantão NOTURNO	
Data de Entrada 04/11/2018 18:11:21	Data Internação 04/11/2018 22:35:02	Permanência na Unidade: 6h 14min		Permanência no Leito: 1h 50min

EVOLUÇÃO MEDICA (HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA - 05/11/2018 00:23:54)**EVOLUÇÃO**

PROCEDIMENTO:

DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO:

PACIENTE COM FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR DIREITO EM USO DE TRAÇÃO TRANSEQUELETICA SEM PESO E SEM FERULA. EM USO BOTA ANTI ROTATORIA SEM ADEQUAÇÃO APARENTE
PACIENTE COM DOR. SOLICITO MELHORA DA ANALGESIA E RETIRAR GESSO + COLOCAR TRAÇÃO

Seção: AREA LARANJA - UDC B Leito: 0007

Profissional responsável pela informação: HEISENBERG BATISTA MEDEIROS DE ALMEIDA

Número Conselho: 6229

Dr. Heisenberg Almeida
CRM: 42010-0/PR

04 NOV 2018



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/05/2023 11:58:02

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052211580208400000069391519>

Número do documento: 23052211580208400000069391519

Num. 73619016 - Pág. 19

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Espeleito Francisco de Silva Junior BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: (☒ Masculino) () Feminino Cor: _____ Data: 19/11/18
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Tratamento cirúrgico de fratura diafise fêmur (D)
 Cirurgião: Dr. Luciano Lima 1º Assistente: Dr. Rorone
 2º Assistente: Dr. Victor (MR) 3º Assistente: Dr. Bruno (MR)
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Fratura diafise de fêmur</u> (D)	

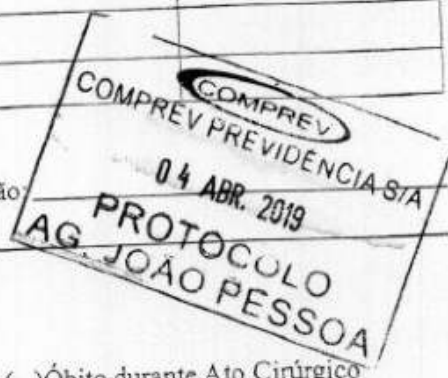
Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Tratamento cirúrgico de fratura diafise de fêmur</u> (D)	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico



Médico/CRM: _____

Dr. Bruno Lima
Médico
CRM 10075

Dr. Victor Linhares
Médico
CRM 5184-K
CRM 10894-98

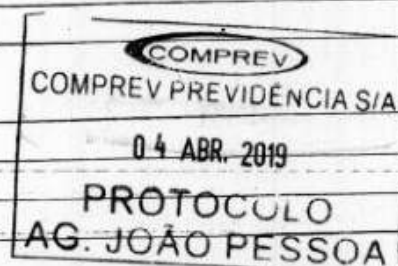
João Pessoa, 19/11/2018



RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	Paciente em DDIT sob anestesia Cefalica + antiespasmódica Aplicação de campos curativos
Incisão:	Linear na linha média Direção por plano Cuidados de hemostasia
Achados:	Fratura Diáfiseária de Fêmur (P)
Conduta:	Redução direta do foco de fratura Fixação com placa DCP 12 parafusos + 3 parafusos curvatura Limpeza abundante com SF 0,9%.
Fechamento:	Sutura por planos Curativos estériles
Observação:	Boa a evolução



Dr. Victor Lima
Médico
CRM 8184-K-1
CRM 10894-PB

Dr. Bruno de Lencastre
Médico
CRM-PB 10075

João Pessoa, 19/11/2019

Médico/CRM:

F(NQ).ASCIR.009-1



111987

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

04 ABR. 2019	PROSTIGMINE
PROTOCOLADO	PROTAMINA
LAG. JOÃO PESSOA	TENOXICAS

Euza Maria de Silva
COREN-PB 604.342 - TE

ENG-ASC18-0212





DATA: 9/11/2018

PRONTUÁRIO: 1102841

PACIENTE: <i>Ephebo Francisco da Silva Junior</i>	SEXO: <i>M</i>	COR: <i></i>	DATA: <i>11/07/2011</i>	IDADE: <i>36</i>
PRESSÃO ARTERIAL <i>120/80</i>	PULSO <i>70</i>	RESPIRAÇÃO <i>18</i>	TEMPERATURA <i>36,5</i>	PESO <i>70</i>
GRUPO SANGÜÍNEO <i></i>				
ESTADO GERAL ☒ BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO ☒ BOM ☐ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO				
EXAMES COMPLEMENTARES <i>VSM</i>				
AP. RESPIRATÓRIO <i>Normal</i>		AP. CIRCULATÓRIO <i>Normal</i>		
AP. DIGESTIVO <i>Normal</i>		ESTADO MENTAL <i>BO</i>		DROGAS EM USO <i></i>
PRE-ANESTÉSICO <i></i>				<i>I</i> ESTADO FÍSICO (ASA) <i>I</i>
DOSE/HORA <i></i>				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Infarto agudo do miocárdio na forma D</i>				
CIRURGIA REALIZADA <i>Infarto agudo do miocárdio na forma D</i>				
CIRURGIÃO <i>Dr. Bruno</i>		AUXILIARES <i></i>		
INÍCIO DA ANESTESIA <i>08:45</i>		TÉRMINO DA ANESTESIA <i>11:00</i>		DURAÇÃO DA ANESTESIA <i>02:15</i>
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <i></i>		QUANT. DE CH. <i></i>		VALORES R\$ <i></i>
ANESTESISTA <i>Dr. Fabiano D. Rêgo (R)</i>		CRM: <i></i>		CRM: <i>PB</i>

[illegible]

☐ ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOCO PLEXO ☐ BLOCO NERVOS ☐ OUTROS _____

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO FTO ANESTÉSICO

1	Supracardio Infarto a O.S. 15mg	11
2	Supracardio 15mg	12
3	Supracardio 15mg	13
4	Supracardio 15mg	14
5	Supracardio 15mg	15
6	Supracardio 15mg	16
7		17
8		18
9		19
10		20

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

04 ABR. 2019

PROTOCOLO

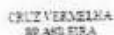
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
04 ABR, 2019
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

1. Importance of the study
 The study is important because it helps to understand the relationship between the variables and the outcome. It also helps to identify the factors that influence the outcome.

P.LING: ASCII E26-1





HIE TSHL

NOME:	ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR		BE/PRONTUÁRIO	1119871
IDADE:	36	SEXO: ☒ MASC ☐ FEM	COR:	DATA: 4/11/2018
CLÍNICA /SETOR:	ORTOPEDIA		EMP:	LR:
CIRURGIA:	PASSAGEM DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL DIREITA			
CIRURGIÃO:	DR. STEFFERSON DINIZ		1º ASS:	
2º ASS:			3º ASS:	
INSTRUMENTADOR:			ANESTESISTA:	DR. PRIORI
TIPO DE ANESTESIA:	SEDAÇÃO	HORÁRIO	INÍCIO:	TÉRMINO:

[illegible][illegible]

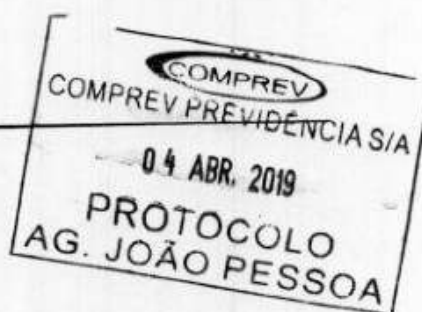
ACIDENTE DURANTE ATO CIRÚRGICO: ☐ SIM ☒ NÃO
 DESCRIÇÃO: _____
 BIÓPSIA DE CONGELAÇÃO: ☐ SIM ☒ NÃO

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE APÓS ATO CIRÚRGICO:

X	ENFERMARIA	TERAPIA INTENSIVA
	RESIDÊNCIA	ÓBITO DURANTE ATO CIRÚRGICO

MÉDICO/CRM:

DATA: 4/11/2018



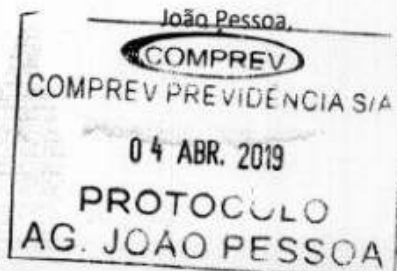
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
Achados:
FRATURA DE FEMUR DIAFISARIA DIREITO
Conduta:
PERFURAÇÃO LATERO-MEDIAL DA TIBIA DIREITA COM FIO STEIM DE 5 MM;
Z
Fechamento:
CURATIVOS ESTEREIS
RX DE CONTROLE
Observação:
TRAÇÃO COM 7KG

Médico/CRM

SUELIO MOREIRA TORRES
CRM 10.100/10-0

João Pessoa,

4/11/2018



Nota de Sala Cirúrgica



NOME DO PACIENTE Ima de la F. Almeida do Nascimento
 IDADE 36 ANOS SEXO F FRONTALIANO ENFERMEIRA LEITO
 CIRURGIÃO Dr. Suelio Torres
 ANESTESIA geral
 ANESTESISTA Dr. Moraes
 INSTRUMENTADOR
 DATA 11/04/18 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO 21:00 CIRURGIÃO INÍCIO 21:15
 ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIÃO - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)
 ASA 1 (ASA 2) ASA 3 (ASA 4) (ASA 5)
 GRAU DE CONTAMINAÇÃO (LIMPA) (CONTAMINADA) (INFECTADA) (POTENCIALMENTE CONTAMINADA)
 MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD. MATERIAIS CONT. QTD. FIOS QTD.
 ALFENTANIL 1 JELCO Nº18 1 FIO CAT. GLT CROMADO Nº
 BUPIVACAÍNA ISOBARICA JELCO Nº20 FIO CAT. GLT CROMADO Nº
 BUPIVACAÍNA PESADA JELCO Nº22 FIO DE ACON Nº
 CETAMINA JELCO Nº24 FIO DE ACON Nº
 DROPERIDOL KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº FIO DE NYLON Nº
 ETOMIDATO SOLUÇÕES QTD. LÂMINA BISTURI Nº11 FIO DE NYLON Nº
 FENOBARBITAL ALCOOL ETILICO 70% LÂMINA BISTURI Nº15 FIO DE NYLON Nº
 FENTANIL 1 PVPI DEGERMANTE LÂMINA BISTURI Nº23 FIO POLIOLACTINA Nº
 FLUMAZENIL 1 PVPI TINTURA 02 LÂMINA BISTURI Nº24 FIO POLIOLACTINA Nº
 ISOFLURANO PVPI TOPICO LÂMINA DE DERMATOMO FIO POLIOLACTINA Nº
 L. PIVACAÍNA C/ VASO SABÃO ANTISÉPTICO LÂMINA DE ENXERTO FIO POLIPROPILENO Nº
 LEVOPIVACAÍNA S/ VASO MATERIAIS QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR FIO POLIPROPILENO Nº
 LIDOCAÍNA C/ VASO AGULHA 13X4.5 LUVA ESTÉRIL Nº7.0 FIO POLIPROPILENO Nº
 CAÍNA S/ VASO AGULHA 25X07 1 LUVA ESTÉRIL Nº7.5 FIO POLIGLECAPRONE Nº
 LAZOLAN 1 AGULHA 25X08 1 LUVA ESTÉRIL Nº8.0 FIO SEDA Nº
 MORFINA AGULHA 40X12 1 LUVA ESTÉRIL Nº8.5 RITA CARDÍACA
 NIMBILUM AGULHA PERIDURAL Nº16 MÁSCARA CIRÚRGICA 2 MATERIAL ESPECIAL QTD.
 PANICURÔNIO AGULHA PERIDURAL Nº17 MULTIVIAS CATETER DE PIC
 PETIDINA AGULHA PERIDURAL Nº18 PERFURADOR DE SORO CIMENTO CIRÚRGICO
 PROPORFOL 1 AGULHA RAQUI Nº250 SCALP Nº19 CLIP TITÂNIO LIGADURA
 RAMIFENTANIL AGULHA RAQUI Nº260 SCALP Nº21 FIO DE KIRSCHNER Nº 2, 2, 1
 ROCURÔNIO AGULHA RAQUI Nº270 SERINGA 3ML FIO DE KIRSCHNER Nº
 SEVOFLURANO ALGODÃO ORTOPÉDICO SERINGA 5ML 2 FIO STEINMAN Nº
 SULAMETÔNIO ATADURA DE CREPOM 1 SERINGA 10ML 1 FIO STEINMAN Nº
 TIOPENTAL ATADURA GESSADA 2 SERINGA 20ML 2 GRAMPEADOR CIRÚRGICO
 MEDICAÇÕES QTD. BOLSA P/ COLOSTOMIA SONDA ASP. TRAQUEAL Nº8 HEMOST. ABSORVÍVEL
 ADRENALINA CÂNULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº SONDA ASP. TRAQUEAL Nº10 KIT DERIVA VENTRICULAR
 ÁGUA DESTILADA CATETER DE OXIGÊNIO SONDA ASP. TRAQUEAL Nº12 PRÓTESE VASCULAR
 ATROPINA CATETER EMBOLEC. ARTERIAL Nº SONDA ASP. TRAQUEAL Nº14 KIT FAM
 BEXTRA CATETER EPIDURAL Nº16 SONDA ASP. TRAQUEAL Nº16 FIXADOR EXTERNO
 CEFAZOLINA CATETER EPIDURAL Nº17 SONDA FOLEY 2VIAS Nº12 EMPRESA
 D. TASONA CATETER EPIDURAL Nº18 SONDA FOLEY 2VIAS Nº14
 Du. A SODICA CERA PARA OSSE SONDA NASOG. CURTA PARAFUSOS CORTICAIS
 EPTORINA COLET. URINA FECHADO SONDA NASOG. LONGA PARAFUSOS CORTICAIS
 F. EMIDA COMPRESSAS CIRÚRGICAS 20 SONDA URETRAL Nº PARAFUSOS ESPONJOSO
 G. SE 50% COMPRESSAS CIRÚRGICAS TORNEIRINHA 1 PARAFUSOS ESPONJOSO
 GLUCONATO DE CÁLCIO DRENO DE PENROSE TUBO ENDOTRAQUEAL Nº PARAFUSOS MALEOLAR
 HIDROCORTISONA DRENO DE SUÇÃO TUBO ENDOTRAQUEAL Nº PARAFUSOS MALEOLAR
 LIDOCAÍNA GELEIA ELETRODOS 5 TUBO ENDOTRAQUEAL Nº PLACA
 ONDASENTRONA EQUIPO MACROGOTAS 1 TUBO SILICONE (LATEX) 1 PLACA
 PLASIL EQUIPO TRANSF. SANGUE
 PROSTIGMINE EQUIPO MICROGOTAS
 PROTAXINA ESPONJA DE PVPI FIOS QTD. EQUIPAMENTOS
 TENOXICAN ESPARADRAPO 23 FIO ALGODÃO S/A Nº () ASPIRADOR
 1 GAZES 15 FIO ALGODÃO S/A Nº () BISTURI ELÉTRICO
 GAZES ALGODOADAS FIO ALGODÃO C/A Nº () CAPNÓGRAFO
 GEL ELETROLÍTICO FIO ALGODÃO C/A Nº () CARDIOMONITOR
 JELCO Nº14 () DESFIBRILADOR
 JELCO Nº15 () FOCO AUXILIAR
 COMPREV () FOCO CENTRAL
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A () MICROSCOPIO
 04 ABR. 2019 () OXÍMETRO DE PULSO
 PROTOCOLO () P.A. INVASIVA Nº INVASIVA
 AG. JOÃO PESSOA () PERFURADOR ELÉTRICO
 () SERRA
 CIRCULANTE
 FINEO ASCIR 021-3





FICHA DE ANESTESIA

DATA: 4/10/18

PRONTUÁRIO: 1119871

PACIENTE: ESPEDITO FRANCIELINO DA SILVA JÚNIOR

IDADE: 36A

GRUPO SANGÜÍNEO

RESPIRAÇÃO: 9 bpm EUPNEICO

EXAMES COMPLEMENTARES

AP. RESPIRATÓRIO: MV (+) AHT 5/RA

AP. DIGESTIVO: TEJUM 28H

PRE-ANESTESICO: 21:00

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE FÊMUR DIREITO

CIRURGIA REALIZADA: TRACAO TRANSTIBIAL EM MID

CIRURGIÃO: STERFERSON

INÍCIO DA ANESTESIA: 21:00

TERMINO DA ANESTESIA: 21:30H

DURAÇÃO DA ANESTESIA

VALORES RS

CRM: PB

ANESTESISTA: Luiz Priori Jr.

AGENTES

USUÁRIO

SPL 500ml

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

PACIENTE

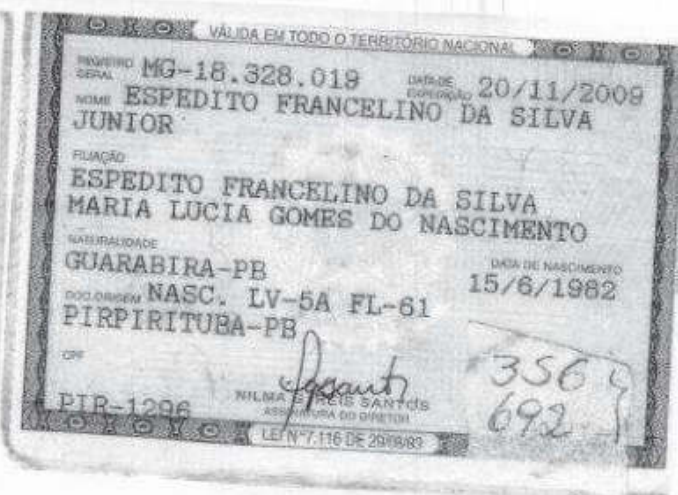
PACIENTE

COMPREV

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

04 ABR. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOALuiz Priori Jr.
Médico Anestesiologista
CRM - PB 7556



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO Nº 014201774569
DATA EMISSÃO: 03/10/2018

VIA 1 0058645118-8 00/00000000 2018

RAIMUNDO DE PONTES SILVA

CPF/CNPJ 01389012441 PLACA OGE4499/PB

NOVO PB 9C2KC1680ER439030

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

HONDA/CGI150 FAN ESDI 2013 2014

CAR/POT/CIL 2 P/149 /CI CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 00/00/0000 1º VENC. COTAS 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) 00000000 IDP (R\$) 00000000 PREMIO TOTAL (R\$) 00000000 DATA DE PAGAMENTO 03/10/2018

SEM RESERVA DE DOMINIO

PIRIPITUBA - PB 03/10/2018

41793 14834

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

PB Nº 014201774569 BILHETE DE SEGURO DPVAT

03/10/2018

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 1 01389012441 00586451188 00/00000000 2018 03/10/2018

01389012441 OGE4499/PB

00586451188 HONDA/CGI150 FAN ESDI

9C2KC1680ER439030

PREMIO TARIFARIO

***** FNS (R\$) ***** DENATRA (R\$) ***** CUSTO DO SEGURO (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) ***** IDP (R\$) ***** TOTAL A SER PAGADO (R\$) *****

SEGURO P A G O

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 03/10/2018

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

14834-1015359-20161003



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAR
PIRIPITUBA - PB
ELIETE LUCENA

ARTÓRIO DO ÚNICO OFÍCIO E REGISTRO DE IMÓVEIS

AUTENTICAÇÃO
Autentico a Presente Fotocópia uma vez que confere com original dou fé. Piripituba-PB 25/03/2019. Em test*

Maria Verônica Pontes de Sousa (Escrivente Encarregada)

SELO DIGITAL DE FISCALIZAÇÃO do Tipo Normal C - Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Emolumentos: R\$ 2,48 - FEPJ: R\$ 0,50 - FARPEN: R\$ 0,29 ISS: R\$ 0,12

SELO DIGITAL: **AIG51038-907U**
Consulte autenticidade em:
<https://selodigital.tjpb.jus.br>



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0115750/19

Número do Sinistro: 3190259478

Vítima: ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIO

CPF: 012.737.374-82

CPF de: Próprio

Data do acidente: 04/12/2018

Titular do CPF: ESPEDITO FRANCELINO
DA SILVA JUNIOR

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR : 012.737.374-82

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/07/2019
Nome: ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR
CPF: 012.737.374-82

ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/07/2019
Nome: LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO
CPF: 114.261.744-03

LARISSA SANTOS DO NASCIMENTO



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190259478**

Nome do(a) Examinado(a): **ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR**

Endereço do(a) Examinado(a):

SITIO SUSPIRO, S N, CASA - AREA RURAL - Belém - PB - CEP 58255-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /MG**] **18328019**

Data e local do acidente: [**04/12/2018**] **BELEM - PARAIBA**

Data e local do exame: [**11/07/2019**] **João Pessoa** [**PB**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO ACETÁBULO DIREITO. FRATURA DIAFISÁRIA DO TERÇO DISTAL DO FÊMUR DIREITO.

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

AO EXAME APRESENTA MARCHA CLAUDICANTE COM HIPOTROFIA MUSCULAR DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E ENCURTAMENTO COM CERCA DE 3 CM. LIMITAÇÃO SEVERA DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL E JOELHO DIREITOS.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

SUBMETIDO INICIALMENTE À TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA E OSTEOSSÍNTESE COM PLACA DCP EM SEGUNDO TEMPO. EVOLUIU SEM COMPLICAÇÕES COM COMPROMETIMENTO FUNCIONAL. HÁ RELATO DE ALTA MÉDICA

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do membro inferior direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.



a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam
relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior direito

% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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

**LAUDO MÉDICO DO HOSPITAL SENADOR HUMBERTO LUCENA, INFORMA COMO DATA DO ACIDENTE 14/12/2018,
QUANDO O CORRETO É 14/11/2018.**



Andre Lopes Soares - CRM: 6144 - PB





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE BELEM/PB

Processo: 08008458420198150601

BRADESCO SEGUROS 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 **ESPEDITO FRANCELINO DA SILVA JUNIOR**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

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

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

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais).

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BELEM, 18 de maio 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 - 22/05/2023 11:58:03
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052211580282800000069391520>
Número do documento: 23052211580282800000069391520

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 - 22/05/2023 11:58:03
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052211580282800000069391520>
Número do documento: 23052211580282800000069391520