



Número: **0804059-77.2021.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **03/08/2021**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ANA PAULA DA SILVA MAIA (AUTOR)	FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)
R. I. S. M. (AUTOR)	FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)
BRDESCO SEGUROS S/A (REU)	SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (TERCEIRO INTERESSADO)	
DOUGLAS MICHALANE PIRES TEIXEIRA (TERCEIRO INTERESSADO)	
FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO registrado(a) civilmente como FRANCISCO GUEDES DE SOUZA NETO (TERCEIRO INTERESSADO)	

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71844624	14/04/2023 11:42	Petição	Petição
71844625	14/04/2023 11:42	2829966_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
71844627	14/04/2023 11:42	2829966_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/06/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANA PAULA FERREIRA DA SILVA

BANCO: 260

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000008219199-0

Nr. da Autenticação 9E6CB37EF2D82CCD



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210162213 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA **Data do acidente:** 29/11/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 35°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos.

Sequelas permanentes: Apresenta claudicação da marcha, hipotrofia da perna esquerda, edema residual, limitação de mobilidade articular e déficit de força motora do tornozelo esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 24/06/2021

Conduta mantida:

Observações: Data e local do exame: 24/06/2021 - João Pessoa/PB

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210162213 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA **Data do acidente:** 29/11/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: AMD

Resultados terapêuticos: 500

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**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





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, 09 de Junho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210162213

Vítima: RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA

Data do Acidente: 29/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ANA PAULA FERREIRA DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01497/01498 - carta_02 - INVALIDEZ

00030749



Carta nº 16892786



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/04/2023 11:42:36

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041411423617900000067751859>

Número do documento: 23041411423617900000067751859

Num. 71844625 - 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, 07 de Julho de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210162213

Vítima: RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA

Data do Acidente: 29/11/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANA PAULA FERREIRA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **ANA PAULA FERREIRA DA SILVA**

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

Banco: **260**

Agência: **000000001**

Conta: **000008219199-0**

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.

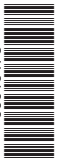
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00945/00946 - carta_15R - INVALIDEZ

00010473





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0029991121 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 632/2021

5 - Nome completo: RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA 6 - CPF: 078.462.984-33
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA REINALDO DOS SANTOS 9 - Número: S/N 10 - Complemento:
11 - Bairro: TRINCHEIRAS 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58011-315
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 988056854

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: ANA PAULA FERREIRA DA SILVA
18 - CPF do Representante Legal: 058.452.934-13 19 - Profissão do Representante Legal: RECUSO

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUANÇA (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: NU PAGAMENTOS S/A

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 8219199

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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☒ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

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

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(nasceres)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: JOÃO PESSOA, 03/06/2021

Ana Paula Ferreira da Silva
ura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarant):

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/04/2023 11:42:36

https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041411423617900000067751859

Número do documento: 23041411423617900000067751859



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0029991121 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 632/2021

5 - Nome completo: RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA 6 - CPF: 078.462.984-33
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA REINALDO DOS SANTOS 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: TRINCHEIRAS 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58011-315
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 988056854

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: ANA PAULA FERREIRA DA SILVA
18 - CPF do Representante Legal: 058.452.934-13 19 - Profissão do Representante Legal: RECUSO

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUANÇA (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: NU PAGAMENTOS S/A

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 8219199

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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☒ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

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

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(nasceres)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: JOÃO PESSOA, 03/06/2021

Ana Paula Ferreira da Silva
ura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarant):

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00288.01.2021.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00288.01.2021.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:58 horas do dia 30 de março de 2021, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Aldrovilli Grisi Dantas, matrícula 1684761, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu Ana Paula Ferreira da Silva, conhecido(a) por Paula, CPF nº 058.452.934-13, nacionalidade brasileira, estado civil divorciado(a), identidade de gênero feminino, profissão Do Lar, filho(a) de Irinete Francisca da Silva e Manoel Ferreira da Silva, natural de Santa Rita/PB, nascido(a) em 23/10/1983 (37 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Reinaldo dos Santos, Nº S/N, complemento CASA, bairro Trincadeiras, tendo como ponto de referência Próximo da Antena da Embratel e do Distrito Mecânico, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

Dados do(s) Fatos:

Local: Estrada Vicinal, nº S/N, Via Pública, Próximo da Escola Santa Teresinha, Pedras de Fogo/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via fora do perímetro urbano (rodovia, estrada, etc); Data/Hora: 29/11/2018:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo NXR 160 BROS ESDD, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor PRETA, ano 2014/2015, UF: PB, placa OFH-3743, chassi 9C2KD0810FR401419, renavam 0104160048-5, características gerais: Veículo Em Nome de Vital Freire e Demais Dados No C.r.l.v.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

AFIRMA A DECLARANTE QUE QUANDO A SUA FILHA MENOR DE IDADE DE NOME "RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA", NASCIDA EM 19/05/2007, COM 13 ANOS DE IDADE, ESTUDANTE, COM CERTIDÃO DE Nº. 40.567.095, NATURAL DE CAMPINA GRANDE/PB, ESTAVA DE CARONA NA GARUPA DE UMA MOTOCICLETA NO LOCAL, DATA E HORA, TUDO JÁ DESCRIMINADO ANTERIORMENTE ACIMA, FOI VÍTIMA DE UMA ACIDENTE APÓS O CONDUTOR DO VEÍCULO PERDER O CONTROLE DO SEU VEÍCULO, VINDO AMBOS A COLIDIREM COM UM MURO E SE MACHUCAREM SÉRIAMENTE, SENDO QUE AMBOS FORAM SOCORRIDOS PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO DE MIRANDA BURITI (TRAUMINHA) NA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DERAM ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTES AO CASO, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTE DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL, E COMO A DECLARANTE PRETENDE DAR ENTRADA PARA O RECEBIMENTO DO SEGURO "D.P.V.A.T." AO QUAL FAZ JUS, VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODERÁ SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DATA FUTURA E EM QUALQUER DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL DESTE ESTADO.

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, expede a presente Certidão. A

Procedimento Policial: 00288.01.2021.1.05.101



DELEGACIA DE POLÍCIA DE INVESTIGAÇÃO
DELEGADO DE POLÍCIA DE INVESTIGAÇÃO
DELEGADO DE POLÍCIA DE INVESTIGAÇÃO
DELEGADO DE POLÍCIA DE INVESTIGAÇÃO



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAIBA



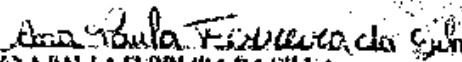
**GOVERNO
DA PARAIBA**

Secretaria de Polícia
Segurança e Defesa Social

Relatório de Ocorrência - Típica

Processo nº 10 de março de 2021


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUZA LIMA
Agente de Investigação


ANA PAULA FERRREIRA DA SILVA
Nataleza



Processo nº 10 de março de 2021, 105.101

Digitalizado com CamScanner
Digitalizado com CamScanner





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 0029991121 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 632/2021

5 - Nome completo: RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA 6 - CPF: 078.462.984-33
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA REINALDO DOS SANTOS 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: TRINCHEIRAS 12 - Cidade: JOÃO PESSOA 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58011-315
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (83) 988056854

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: ANA PAULA FERREIRA DA SILVA
18 - CPF do Representante Legal: 058.452.934-13 19 - Profissão do Representante Legal: RECUSO

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUANÇA (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: NU PAGAMENTOS S/A

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 0001 CONTA: 8219199

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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

☒ Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

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

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

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(nasceres)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: JOÃO PESSOA, 03/06/2021

Ana Paula Ferreira da Silva
ura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarant):

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

REPÚBLICA DE BRASIL

Cartório de Registro Civil
Rua Costa
Faltado, Contar 91 02
500
01-93
Titular
Substituta

REGISTRADORES

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que as fls. 36 verso, sob o nº 23156, do livro nº
de assentamentos de nascimentos, está registrado o de

* RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA *

do sexo feminino, ocorrido MATERNIDADE CLIM. NESTA CARTA
CONFORME DNV Nº40567095, no dia dezanove de maio de dois
mil e sete, às 16:55 horas.

A registranda é filha

de IRAPUAN DE LUCENA MAIA
natural de CAMPINA GRANDE - PB
e de ANA PAULA DA SILVA MAIA
natural de SANTA RITA - PB

sendo avós

paternos JOZO DE SOUSA MAIA
e MARIA IOLANDA DE LUCENA MAIA
e maternos MANOEL FERREIRA DA SILVA
e IRINETE FRANCISCA DA SILVA

OBSERVAÇÕES: Registro feito no dia 21 de maio de 2007.

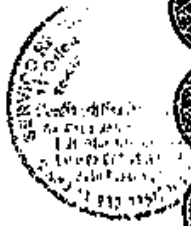
O referido é verdade e dou fe.

João Pessoa, 21 de maio de 2007

Vanessa Velez dos Santos

Vanessa Velez dos Santos
Escrevente Compromissada
"CARTÓRIO MARQUES COSTA"

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ALTERAÇÃO OU FABRICAÇÃO INVALIDAM O DOCUMENTO



Documento sem valor fiscal,
Documento não é segunda-via de conta.
Índice para simples pagamento da nota
fiscal/conta de energia elétrica: N° 081.752.381

MAYARA H***** C*****

RUA REINALDO DO SANTO S/Nº 01 A 201 58011-000
JOÃO PESSOA



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 730, Km 26 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 54071-000
CNPJ: 0.005.163 / 0001-40 Insc. Est. 18.015.823-0



Nº DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA
51990850-8

 www.energisa.com.br @energisa



REFERÊNCIA
ABR/2021



APRESENTAÇÃO
07/04/2021



CONSUMED
161 kWh



ENCIMETO
14/04/2021



TOTAL A PAGAR
R\$ 102,75

BANCO DO BRASIL S A		001-8		D0199.00009 032BBL926007 29181.817171 4 3598C000010275					
LOCAL DE PAGAMENTO PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL S A								VENCIMENTO 14/04/2021	
CONTRATO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA								ASS: COLEGIO EDUCATIVO	
ENDREÇO BR230 KM 26, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 56071-620								NOME E SOBRENOME J2699260009191011	
DATA DO DOCUMENTO 07/04/2021		Nº DOCUMENTO 00060000-0021-04-4		SÉRIE DOC 05		ACQSI N		F-V JORNAL BOCOMENTO 102,9	
		CATEGORIA 17		ESPECIE R\$		QUANTIDADE		FIM GOSTOS PARA MONTES	
AUTORIZAÇÃO OS VALORES DA MULTAS POR MOROSIDADE POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA. TÍTULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO. NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE, CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.								FATURA INDICADA	
								(1) F. JUROS	
								(1) F. JUROS ACRESCENTADO	
								(1) F. JUROS COBRADO	
PASADOR MAYARA H***** C***** RUA RINALDO DO SANTANA 57 B° #1 A 201 56071-1*** 56400-000/000000				CHAVES 765.41** 111.14 JOÃO PESSOA (AQ: 1)					

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



Quer facilidade?
Abra sua conta Voltz - Energia
e tenha vantagens exclusivas!
Entenda melhor em
portavoltz.com.br



3 Jahre des Einverständnisses



BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.
Documento não é segunda via de conta.
Índice para simples pagamento da nota
fiscal/conta de energia elétrica: N° 084.752.381

DADOS DO CLIENTE:

MAYARA H*** C*******

RUA REINALDO DO* SANT* 5* B* 01 A* 201 58011***
JOAO PESSOA



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
BR 730, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 54071-880
CNPJ 13.085.163 / 0001-40 Ins: 19.815.823-0



N° DA CONTA/UNIDADE CONSUMIDORA
5/1990850-8



www.energisa.com.br



@energisa



REFERÊNCIA
ABR/2021



APRESENTAÇÃO
07/04/2021



CONSUMO
161 kWh



VENCIMENTO
14/04/2021



TOTAL A PAGAR
R\$ 102,75

BANCO DO BRASIL S.A		001-8		00199.00009 03288.928007 29181.817171 4 85960300810275	
LOCAL DE PAGAMENTO PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL S.A					
DISTRIBUIDORA ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A		CNPJ 03.085.163/0001-40		VENCIMENTO 14/04/2021	
ENDEREÇO BR 730 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOAO PESSOA / PB - CEP 54071-880		NOME DO MUNICÍPIO JOAO PESSOA		CNPJ DO MUNICÍPIO 07.043.888/0001-90	
DATA DO DOCUMENTO 07/04/2021	N° DOCUMENTO 000690000-2021-04-4	ESPÉCIE DO B 05	ACRÉDITO N	DATA DO VENCIMENTO 07/04/2021	VALOR A PAGAR 102,75
CATEGORIA 17	ESPECIE R\$	QUANTIDADE	VALOR	TAXA DE JUROS E ENCARGOS	
NÚMERO DE OS VALORES DA MULTA/MOROS DE MORA POR ATRASO SÓ SERÃO COBRADOS NA PRIMEIRA FATURA APÓS O PAGAMENTO DESTA. TÍTULO SUJEITO A PROTESTO APÓS O VENCIMENTO. NÃO ACEITAMOS DEPÓSITO EM CONTA CORRENTE. CASO OCORRA, O MESMO NÃO QUITARÁ ESTA FATURA.				TAXA DE JUROS E ENCARGOS	
PAGADOR MAYARA H***** C***** RUA REINALDO DO* SANT* 5* B* 01 A* 201 58011*** BARRA D'ÁGUA, 1511				ASSINADO 705.411.111.111 JOAO PESSOA (AG: 1)	

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



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



Nota de Cancelamento





CERTIDÃO

Nº. 0064/2021

Atendendo solicitação de FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO e 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 nº 360693 e prontuário nº 2020.11.002696 pertencente a paciente **RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA** que foi atendida dia 29/11/2020 às 20h19min, vítima de queda de moto, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 01/12/2020 com alta médica dia 02/12/2020.

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

João Pessoa, 01 de fevereiro de 2021

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITI
RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58055-304 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
PAZ: () - CNPJ:

Ficha Nr: 360693 Atd: Nao Regulado
Data: 29/11/2020
Hora: 20:19:30
Recepcionista: ROSICLE BEZERRA DOS SANT
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA

Num. Prontuario: 2020.11.002696

Morada Social: NAO INFORMADO CPF:

CNS: SEM CNS Sexo: F SEM DOCUMENTO: 00 Fone: 9877138

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 19/05/2007 Id: 13 ano(s)

End.: RUA FRANCISCO DE ASSIS, 179

Bairro: MUTIRAO Cidade: BAYEUX UF: PB

Mae: ANA PAULA FERREIRA DA SILVA

Pai: IRAPUAN DE LUCENA MAIA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: ESTUDANTE

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

Ref.: O VIZINHO - JOSE CICERO

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: RUA

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: QUEDA

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

Queixa Principal

VITIMA DE QUEDA DE MOTO NEGA VOMITO E DESMAIO (SIC)

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[X] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

NEGA ALERGIA A MEDICACOES (SIC)

Historia - Exame Físico (hora do atendimento médico)

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

Paciente com história de queda de moto a cerca de 1 hora e meia - nega uso de álcool, nega TCE, nega trauma abdominal em torção.

Diplopia e náusea 75mg/3ml, IM, qd

Abster-se de comer e beber.

MARCELO MOREIRA TORRES
CRM: 10.123/1
C.O.: 123456789



* Pour les noms de Anceurs de
notre lignée française de
Pères fondateurs de l'Etat
de l'Eglise et de la
Constitution de la Nation
Ouj, France de nos jours de
l'Etat de l'Eglise et de la
(00000000000000000000)

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Eventos
				Cl. 17/11/20
				P 17/11/20
				Comp.
				(2) Pálida Gx2
				por m

PROCEDIMENTO REALIZADO:

() Residência () Transferido () Desistência () U.T.I
() Alta a Pedido () Enfermaria Óbito: () Atestado () S.V.O () I.M.L

Assinatura e Carimbo do Médico



Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma [] Neo [] Tabagismo

[] Alcoolismo

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Reilly Tapanino</u>				Registro:	
Idade:	Sexo: <u>F</u>	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>01/12/2010</u>	Cirurgião: <u>J. Tróffo</u>			1º Assistente: <u>D. Roberto G. G.</u>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Ex. Ben. onco. da perna (R)</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>0. M00-0</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>R.P. + Osteomielite</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não				Descreva:	
Biópsia de Congelamento: 1 () Sim 2 () Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 () Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, 3/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- ① ORT em OPA sob anestesia
- ② Lavagem de gase no abd
- ③ Anestesia + Antiespasm + Anestesia do corpo da criança

Incisão:

- ① Aberto - lateral no abd

Achados:

- ① Fx de 10 cm de comprimento

Conduta:

- ① Identificação da fx da Fx
- ② Desbridamento da ferida
- ③ Redução da fx + fixação com 2 parafusos
- ④ Fixação da placa de suporte 0,5 cm de espessura 11 x 7 cm + 4 parafusos com 0,5 cm de comprimento
- ⑤ Fechamento da ferida + drenagem
- ⑥ Rx de controle

Fechamento:

OBS:

Data:

01/12/2020

Dr. Suelio Moreira Torres
 CRM-PB 8598
 OAB-PB 1279

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 68058-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Digitalizado com CamScanner



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 14/04/2023 11:42:36
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041411423617900000067751859>
Número do documento: 23041411423617900000067751859

Num. 71844625 - Pág. 21

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.941.104 -2 VIA DATA DE EXPECÇÃO 25/07/2013

NOME ANA PAULA FERREIRA DA SILVA

PAI: MANOEL FERREIRA DA SILVA
MÃE: FRANCESCA DA SILVA

NATURALIDADE SANTA RITA-PB DATA DE NASCIMENTO 23/10/1982

CPF: 424.544-184

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 2006

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA GENTÍCA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO DETENTOR

CARTÃO DE IDENTIDADE



REPÚBLICA DE BRASIL

Cartório de Registro Civil
Rua Costa
Faltado, Contar 91 02
500
01-93
Titular
Substituta

REGISTRADORES

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Certifico que as fls. 36 verso, sob o nº 23156, do livro nº
de assentamentos de nascimentos, está registrado o de

* RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA *

do sexo feminino, ocorrido MATERNIDADE CLIM. NESTA CARTA
CONFORME DNV Nº40567095, no dia dezanove de maio de dois
mil e sete, às 16:55 horas.

A registranda é filha

de IRAPUAN DE LUCENA MAIA
natural de CAMPINA GRANDE - PB
e de ANA PAULA DA SILVA MAIA
natural de SANTA RITA - PB

sendo avós

paternos JOZO DE SOUSA MAIA
e MARIA IOLANDA DE LUCENA MAIA
e maternos MANOEL FERREIRA DA SILVA
e IRINETE FRANCISCA DA SILVA

OBSERVAÇÕES: Registro feito no dia 21 de maio de 2007.

O referido é verdade e dou fe.

João Pessoa, 21 de maio de 2007

Vanessa Velez dos Santos

Vanessa Velez dos Santos
Escrevente Compromissada
"CARTÓRIO MARQUES COSTA"

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ALTERAÇÃO OU FABRICAÇÃO INVALIDA O DOCUMENTO



INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

OFH3743

2020

[Imprimir Consulta](#)

OFH3743	Último Licenciamento: 2020
	Proprietário: ***:*****
	Placa: OFH3743
	Combustível: ALCO/GASOL
PASSA / MOTOCICLET	Marca/Modelo: HONDA/NXR160 BROS
ALCO/GASOL	ESDD
HONDA/NXR160 BROS	Especie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET
ESDD	Ano de Fabricação: 2014
	Ano Modelo: 2015
PARTICULAR PRETA	Categoria: PARTICULAR
31/05/2021	Cor Predominante: PRETA
	Vencimento Licenciamento: 31/05/2021
	Observação:
	Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA
	Financeira: #####
ALIENACAO FIDUCIARIA	Município: JOAO PESSOA
	Situação: EM CIRCULACAO
	Data da Consulta: 04/03/2021
	Vs.2020.2
JOAO PESSOA	04/03/2021



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210162213 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA **Data do acidente:** 29/11/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura da tíbia esquerda.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 35°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo direito.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos.

Sequelas permanentes: Apresenta claudicação da marcha, hipotrofia da perna esquerda, edema residual, limitação de mobilidade articular e déficit de força motora do tornozelo esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 24/06/2021

Conduta mantida:

Observações: Data e local do exame: 24/06/2021 - João Pessoa/PB

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210162213 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA **Data do acidente:** 29/11/2020 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/06/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA A ESCLARECER

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO INDEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**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
Perda auditiva total bilateral (surdez completa)	50 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0129991/21

Vítima: RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA

CPF: 058.452.934-13

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 29/11/2020

CPF de: Representante

Titular do CPF: ANA PAULA FERREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANA PAULA FERREIRA DA SILVA : 058.452.934-13

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA : 058.452.934-13

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: 03/06/2021
Nome: ANA PAULA FERREIRA DA SILVA
CPF: 058.452.934-13

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/06/2021
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

ANA PAULA FERREIRA DA SILVA

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



**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: [3210162213](#)

Nome do(a) Examinado(a): [RUTH IAPONIRA DA SILVA MAIA](#)

Endereço do(a) Examinado(a): [Rua Reinaldo dos Santos, 0, , João Pessoa/PB](#)

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: [SSP/PB - IDENTIFICAÇÃO RESPONSÁVEL / 2941104](#)

Data e local do acidente: [29/11/2020 - Pedras de Fogo/PB](#)

Data e local do exame: [24/06/2021 - João Pessoa/PB](#)

Coordenadas Geográficas: [latitude: -7.09096 , longitude: -34.83913](#)

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

[Fratura da tíbia esquerda.](#)

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

[Realizado tratamento cirúrgico, osteossíntese com placa e parafusos.](#)

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

[Ao exame físico do tornozelo direito apresenta flexão dorsal aos 10°, flexão plantar aos 35°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, com encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios existentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo direito.](#)

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

[Sim](#)

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

[Sim](#)

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

[Apresenta claudicação da marcha, hipotrofia da perna esquerda, edema residual, limitação de mobilidade articular e déficit de força motora do tornozelo esquerdo.](#)

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

() "Vítima em tratamento"

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



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

Tornozelo Direito - Médio - 50%

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

A rectangular image showing a handwritten signature in blue ink. Above the signature, there is a small, faint stamp that reads "Dr. Suelio Moreira T. Torres" and "Osteodonto e Traumatologia". The signature itself is written in a cursive, flowing style.



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

Processo: 08040597720218152003

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

DO LAUDO PERICIAL

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

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

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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 10 de abril de 2023.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB



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 - 14/04/2023 11:42:36
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041411423650900000067751860>
Número do documento: 23041411423650900000067751860

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 - 14/04/2023 11:42:36
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23041411423650900000067751860>
Número do documento: 23041411423650900000067751860

Num. 71844627 - Pág. 3