



Número: **0822693-30.2021.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/06/2021**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **NÃO**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (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
79379 150	19/09/2023 10:21	Petição	Petição
79379 151	19/09/2023 10:21	2830749_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
79379 152	19/09/2023 10:21	2830749_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:	05/06/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00038

CONTA: 000000060618-8

Nr. da Autenticação E00744B39E849606



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200093890 **Cidade:** Dona Inês **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS **Data do acidente:** 08/12/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/05/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO CORTO-CONTUSA EXTENSA NO PÉ ESQUERDO COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LIMPEZA MECÂNICA CIRÚRGICA E DEBRIDAMENTO + ENXERTO DERMÓ EPIDÉRMICO.
P 1/2/5*/6*/8 ALTA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO

**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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50





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, 04 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200093890

Vítima: ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 08/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

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

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

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

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. 01757/01758 - carta_03 - INVALIDEZ

00050879



Carta nº 15574358



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/09/2023 10:21:14

<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091910211354000000074723992>

Número do documento: 23091910211354000000074723992

Num. 79379151 - 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, 04 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200093890

Vítima: ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 08/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

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 15576375

Pag. 00833/00834 - carta_01 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200093890

Vítima: ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 08/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00287/00288 - carta_25 - INVALIDEZ





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

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200093890

Vítima: ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

Data do Acidente: 08/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

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

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

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000038

Conta: 0000060618-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 3 - CPF da vítima: 058.289.434-48 4 - Nome completo da vítima: Raimundo Marques dos Santos

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

5 - Nome completo: Raimundo Marques dos Santos 6 - CPF: 058.289.434-48
7 - Profissão: Técnico Informático Consultor 8 - Endereço: Rua Rural 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: 12 - Cidade: Dona Inês 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 38000-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0038 CONTA: 60618 8 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que asto me habilitado 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 contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no CNM) ☐ 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 residência? ☐ 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 na declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 179 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido:

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido:

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido:

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: João Pessoa - PB, 27/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019



CAIXA loterias CAIXA loterias CAIXA

153-617223008-9

01/JUN/2020

HORA DE: 08:28:45

TERM 060573

LUI, 12-011703-0

LOCAL TORRES: DUNA INES

AGU: VINICULADA: 0042

SALDO PARA SIMPLES USUARIOS

0038.00056518-8

NOME: ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012

SEJA AS MOVIMENTACOES DO DIA

DATA LIMITE	SALDO
03/05	
07/05	
24/05	
RESUMO EM 29/05	
SALDO	
RESUMO DO DIA	
SALDO BLOQUEADO	
SALDO DISPONIVEL	
TOTAL	

153-617223008-9

13 VIA





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

058.289.434-48

Raimundo Marques da Silva

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

5 - Nome completo:

Raimundo Marques da Silva

6 - CPF:

058.289.434-48

7 - Profissão:

Revisor Informático

8 - Endereço:

Consistência

9 - Número:

34

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Área Rural

12 - Cidade:

Domos

13 - Estado:

PR

14 - CEP:

58.000.000

15 - E-mail:

16 - Tel/(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0038

CONTA:

60618

8

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

☐ O IML que atenda 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

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheira(a):

☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheira(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s) nascidos?

☐ 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 179 do Código Penal.

34 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

João Pessoa - PB, 27/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01633.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01633.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:06 horas do dia 12 de fevereiro de 2020, 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 Gerusa Cavalcante Nogueira, Agente de Investigação, matrícula 1273396, ao final assinado, compareceu **Rosenildo Marques dos Santos**, CPF nº 058.289.434-48, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Agritor, filho(a) de Sueli Batista da Silva e Antonio Marques dos Santos, natural de Dona Inês/PB, nascido(a) em 08/07/1980 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Sítio Canafistinha, bairro Centro, tendo como ponto de referência Ao Campo, na cidade de Dona Inês/PB, telefone(s) para contato (83) 98766-6168.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Queimada, Dona Inês/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: zona rural; Data/Hora: 08/12/19 14:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

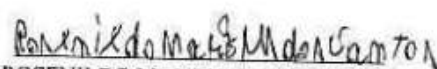
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 08/12/2019, POR VOLTA DAS 14:00 HORAS, VINHA PILOTANDO PRÓXIMO AO BAR DA ARAPONGA, NO SÍTIO QUEIMADA, ZONA RURAL DE DONA INÊS, NA MOTO DE MARCA-HOND ACG 150 TITAN KS, DE COR-CINZA, ANO-2008, DE PLACA-NOP2935/PB, DE PROPRIEDADE DA PESSOA JOSÉ AUGUSTO FILGUEIRA DA SILVA, CPF-651.868.184-53, CHASSI-9C2KC0810BR318577, QUANDO VINHA PILOTANDO A MOTO, O PNEU ESTOROU, QUE O MEMSO PERDEU O CONTROLE DA MOTO, VINDO A CAIR AO SOLO, FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSP-TAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, NO DIA SEGUINTE, FOI TRANSFERIDO PARA O COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY, ONDE FOI DIAGNOSTICADO DE ACORDO COM O CID S91.0, LAUDO MEDICO-RESUMO DE ALTA, ASSINADO PELO DR. VALDEBAN CARVALHO JUNIOR, CRM: 7692/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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 12 de fevereiro de 2020.


GERUSA CAVALCANTE NOGUEIRA
Agente de Investigação


ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS
Noticiante

Procedimento Policial: 01633.01.2020.1.00.401





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA						
NOME: <i>Rosendo M. dos Santos</i>						
IDADE: <i>39a</i>	SEXO: <i>Mas</i>	RAÇA: <i>Ouro</i>	CLÍNICA: <i>Ouro</i>	BAN: <i>Ouro</i>	LEITO: <i>Ouro</i>	
DATA DE ADMISSÃO: <i>09/12/19</i>		DATA DE ALTA: <i>15/01/2020</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA: <i>5910</i>		
DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Fernão em pe E</i>						
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <i>Fernão em pe E</i>						
HISTÓRIA DA DOENÇA:						
PRINCIPAIS SINTOMAS:						
PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>Cirurgia de pele</i>						
TERAPIA MEDICAMENTOSA:						
ANAMNESE PATOLÓGICA:						
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO				CORRETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO		
RESULTADO BACTERIOLÓGICO:						
CONDICIONAMENTO DE ALTA:						
☐ MELHORADO				☐ REMOVIDO	☐ A PEDIDO	☐ CURADO
☐ ÓBITO						
RESUMO DO CASO: <i>pt. com ferimento em pe E sem</i>						
<i>ferimento. Realizado cirurgia de</i>						
<i>pele em pe E. Realta alta pt. acompanh</i>						
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA <i>meio ambulatório</i>						
DIETA:						
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias						
Retorno às atividades com esforço físico em _____ dias						
Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias						
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente em Complexo Hospitalar.						
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Ciprofloxacilona</i>						
RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.						
Ao Ambulatório do <i>Fco. Góes</i> em 30 dias para revisão.						
Dr. Valdemar Cavalcanti Jr.						
CRM 7692 PB						
Ortopedia e Traumatologia						
DATA: <i>15/01/2020</i>						
ASS. MÉDICO - CRM						
Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar						
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO						
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.						



00000000

E-mail: WGH@uic.edu
 6-5586 (H) 6-5586 (H) 6-5586 (H) 6-5586 (H)
 6-5586 (H) 6-5586 (H) 6-5586 (H) 6-5586 (H)
 6-5586 (H) 6-5586 (H) 6-5586 (H) 6-5586 (H)

[illegible]

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RAR
Mar / 2019	08/03/2019	08/04/2019	068.289.434-48

UC (Unidade Consumidora): 5/1892538-8

Canal de contato

La nostra idea è di realizzare una guida apposta per gli insegnanti che, tenendo conto delle varie esperienze, parli di tutti gli aspetti della religione cattolica in modo da essere utile a tutti.

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias	
Data	Lanç.	Data	Lanç.				
16/02/08	703	16/02/08	703		41		78
Demonstrativo							
44 - Depreciação		Qualidade Total		Ver. Deprec. Al. Aliq. Imp. (11/02/08) 4,05			
				Valor Deprec. Al. Ver. Deprec. Al. Aliq. Imp. (11/02/08) 4,05			
9501 - Depreciação de bens		47.000,00 9.250,00		9594 - Deprec. Al. Aliq. Imp. (11/02/08) 4,05	20,00	0,58	1,91
9507 - Depreciação de bens - Depreciação de bens				4,05	20,00	0,58	1,91
9594 - Depreciação de bens - Depreciação de bens				4,05	20,00	0,58	1,91
9595 - Depreciação de bens - Depreciação de bens				4,05	20,00	0,58	1,91

LCY Codigo de Clasificación del Item	TOTAL	44,69	10,96	9,73	10,96	0,41	1,21
Tarifa e Impuestos	3571770						

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
37	15/03/2019	R\$ 44,49
	Histórico de Consumo (kWh)	

Histórico de Consumo (kWh)

ff39 a70a 8a49 a13d 3048 854a 7897 74e5

[illegible]

Downloaded At: 11:53 11 September 2009

ATENÇÃO

Faturas em atraso

→ *Libinia cornuta* L.

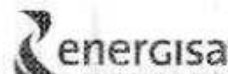


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segurado via de conta.

Boleto para o seguinte pagamento da nota fiscal emitida de energia elétrica Nº 037.641.380



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

Br 330, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.515.829-6

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698281-1

REFERÊNCIA

JAN/2020

APRESENTAÇÃO

20/01/2020

CONSUMO

227

VENCIMENTO

27/01/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 193,47

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 30/01/2020				
Pagador: JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA CNPJ/CPF: 010.942.224-45				
RUA AGENTE F JOSE COSTA DUARTE 157 SALA 01 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008234773	001698281202001	27/01/2020	R\$ 193,47	
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				





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/SIBUOTECWEB/DOCDORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29635>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO; ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.231/55;

Pelo exposto, eu

João Eduardo da Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ

455.536.024/91

na qualidade de Promotor (a) / Intermediário (a) do beneficiário

Rosemilda Marques dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o nº 058.289.434/48

do sinistro de DPVAT cobertura

Imóvel

da vítima

Rosemilda Marques dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o nº

058.289.434

18

conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão:

Renda:

e apresento os documentos comprobatórios;

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei, e para fins de prova de veracidade junto a Seguradora Líder-DPVAT, existir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal:

Endereço:

Rua Agente Fiscal José G. Duarte

Número:

157

Complemento:

Bairro:

Mangabeira

Cidade:

João Pessoa

Estado:

PB

CEP:

58056-384

Cidade:

Tel (DDD)

(83) 986634900

Local e Data:

João Pessoa - PB, 27/02/2020

Assinatura do Declarante





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA						
NOME: <i>Rosendo M. dos Santos</i>						
IDADE: <i>39a</i>	SEXO: <i>Mas</i>	RAÇA: <i>Ouro</i>	CLÍNICA: <i>Ouro</i>	BPM: <i></i>	LEITO: <i></i>	PROSTÍTIPO: <i>N</i>
DATA DE ADMISSÃO: <i>09/12/19</i>		DATA DE ALTA: <i>15/01/2020</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA: <i></i>		
DIAGNÓSTICO INICIAL: <i>Fernão em pe E</i>				CD: <i>5910</i>		
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <i></i>						
CAUSAS DA DOENÇA: <i></i>						
PRINCIPAIS SINAIS: <i></i>						
PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>Cirurgia de pele</i>						
TERAPIA MEDICAMENTOSA: <i></i>						
ANAMNESE PATOLÓGICA: <i></i>						
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO				CORRETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO		
RESULTADO BACTERIOLÓGICO: <i></i>						
CONDICIONAMENTO DE ALTA: ☐ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO						
RESUMO DO CASO: <i>pt. com ferimento em pe E sem</i> <i>fermentação. Realizada cirurgia de</i> <i>de pele em pe E. Realta alta pt. acompanhada</i> <i>meio ambulatório</i>						
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA						
DIETA: <i></i>						
REPOUSO: Relativo em casa por <i></i> dias Retorno às atividades com esforço físico em <i></i> dias Retorno às atividades com esforço físico leve em <i></i> dias e com esforço maior em <i></i> dias.						
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente em Complexo Hospitalar.						
MEDICAÇÕES PARA CASA: <i>Ciprofloxacilona</i>						
RETORNO: Ao posto de saúde em <i>Fco. Odebrecht</i> para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <i>Fco. Odebrecht</i> em 30 dias para revisão. <i>Dr. Valdean Carvalho Jr.</i> CRM 7692 PB Ortopedia e Traumatologia						
DATA: <i>15/01/2020</i>						
Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.						



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Ficha nº 7029055.23524479		Data do Atendimento 09/12/19		Hora do Atendimento 01:13	
Paciente Rosenildo Marques dos Santos				Sexo M	Idade 08 07/180 39
Documento		End R. Anna de Sousa Maciel			
Bairro Bomfim		Cidade Dona Ines		UF PB	CEP 58228-000
Pai Antonio Marques dos Santos		Mãe Sueli Batista da Silva			
Responsável		Procedência Hospital E. F. e Trauma Semaden H.			
Telefone (83) 32165700		Celular		Clínica	

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem	☐ Regular	☐ Grave	☐ Politraumatizado	☐ Convulso
☐ Agitado	☐ Dispneia	☐ Chocado	☐ Hemorrágico	
Acidente de Trabalho? ☐ Sim ☐ Não				

HISTORIA

HISTORIA
Pet vîtimă de ghele de mătă,
aparentă arăta cum se spunea

EXAME FÍSICO

P.A.	Pulso	Temperatura	Respiração
------	-------	-------------	------------

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

DIAGNOSTICO PROVISÓRIO:

MEDICAÇÃO PRESCRITA:

PROCEDIMIENTO REALIZADO: A 3600 Cwn

ALTA MEDICA: Data: / / Hora: :

☐ INTERNAMENTO ☐ TRANSFERÊNCIA

OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PACIENTE

ASS. MEDICO / CARIMBO

A CARGO DO SUS

PROCEDIMIENTO	ESP.	TIPO	GRUPO	F.ETARIA
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []	[] [] []

REVISOR/CARIMBO





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

**SEGUE
o trabalho**

Guia de Encaminhamento Externo

Dados do paciente

Nome ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS				CNS 702805523524479		Prontuário	
Data de Nascimento 08/07/1980	Idade 39A 5M	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe SUELI BATISTA DA SILVA				Nome da Pai ANTONIO MARQUES DOS SANTOS			
Endereço ANA DE SOUSA MACIEL				Bairro CENTRO			Cep 58228000
Município DONA INES - PB				Telefone Residencial		Telefone Celular (83) 981371211	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA				CNES 2593262		Telefone (83) 32165700	

Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY		AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento MEDICA			
Resultado de exames complementares EXTENSO FERIMENTO PÊ ESQ COM EXPOSIÇÃO DE TENDÃO			
CID T14.9	Data de encaminhamento 08/12/2019 22:43:06		

Assinatura e carimbo do profissional

Toribio Gomes Pereira
ORTOPEDIA - CIRURGIA JOELHO
CRM PB 43507 EOT 12163



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

Ficha Nr: 285772 Atd: Nao Regulado
Data: 09/12/2019
Hora: 13:52:34
Recepcionista: NARJARA DOS SANTOS ALVES
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS
Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

CNS: 702905523524479 Sexo: M SEM DOCUMENTO: SD Fone: 32165700
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/07/1980 Id: 39 ano(s)

End.: RUA ANA DE SOUSA MACIEL, 0
Bairro: CENTRO Cidade: DONA INES UF: PB

Mae: SUELI BATISTA DA SILVA

Pai: ANTONIO MARQUES DOS SANTOS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação:

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: NAO INFORMADO

R.: ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

Te/Doc. Responsavel: 32165700 / SEM DOCUMENTO: SD

cedencia: HOSPITAL DE TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: FICHA ATUALIZADA HJ, PQ FOI FEITA MANUAL NA CHEGA

Vitima de violência por: DA DO PAC. AO HOSPITAL.

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
C. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Observacao

leixa Principal

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao



ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Qtd.	Medicamentos	Dose	Horário	Evolução

Assinatura e Carimbo da Enfermeira (o) Responsável pelo plantão: _____

PROCEDIMENTO REALIZADO:

DESTINO DO PACIENTE:

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

Assinatura e Carimbo do Paciente / Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





Nome: ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS				Registro:	
Idade:	Sexo: M	Cor:	Clínica: CIR PLÁSTICA	EMP:32	LR:440
Data: 06/01/2020			Cirurgião: Dr. FRANCISCO ODILIO		
1º Assistente:			2º Assistente:		
Anestesista: DR. ROBERTO			Instrumentador: GIL		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
PERDA DE SUBSTANCIA EM PÉ ESQUERDO					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
O MESMO					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
ENXERTO Dermo Epidérmico					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Dr. Francisco Odílio M. Dias
Cirurgião Plástico
CRM - PB 5702



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em decúbito ventral + antissepsia + assepsia de toda região .

Fixação de Campos

Incisão:

Realizado infiltração loco-regional com lidocaína , obtenção de pele total através de área doadora em região inguinal esquerda , limpeza da área receptora e fixação do enxerto com náilon 4.0 . Fechamento da área doadora

Curativo oclusivo com gase vaselinada

Achados:**Conduta:****Fechamento:****OBS:**

Data: 06/01/2020

Dr. Francisco Odílio M. Dias
Cirurgião Plástico
CRM 10530
MÉDICO/CRM





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Romildo Marques Santos</u>				Registro:	
Idade: <u>37</u>	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <u>09/02/2023</u>	Cirurgião: <u>Thales Farias</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista: <u>Evaristo</u>	Tipo Anestesia: <u>Raqui</u>		Horário: I:		T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>- Fomeção o 2º e 3º Intestino</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>Onco</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Linc + Desbu 20-250</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 () Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 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, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome:	Rosineide Soares Sato			Data da Admissão:	09/02/14
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:		
Nome da Mãe:					
Endereço:			Bairro:		
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:		
Sexo: F () M ()	Cor:	Estado Civil:	Religião:		
Escolaridade:			Data de Nascimento: 1/1		
QPD:	Fome e sede 5-2 10-10-10				
HDA:	Pr. em tratamento de hipertensão com fome e sede 5-2 10-10-10				
Medicações em uso:					
Interrogatório Sintomatológico:					
Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso ____ Kg em ____ []Prurido []Sudorese []Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros:					
Pele:					
Cabeça e Pescoço: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe []Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: ____ Visão: ____					
AR e ACV: []Dor ____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise []Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema ____ Outros: ____					
ABD: []Dor ____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume					
AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: ____					
SME: []Dor ____ []Rigidez pós-reposouso []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos					
SN e PSO: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade []Amnésia []Libido []Humor					

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





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

JOSE EDUARDO DA SILVA

1009001575

1004562 SSP SP

CPF 435.536.024-91 DATA NASCIMENTO 02/04/1987

ENDEREÇO

JOSEFA GERVASIO DA SILVA

PROFISSÃO

SEXO

CITIZENIA

BR

BR

Nº REGISTRO 00704103102

VALIDADE 10/11/2019

Nº EMISSÃO 06/04/1982

PROFESSOR

JOAO FRESON, FR

DATA EMISSÃO 11/11/2014

Assinatura: *Roberto Carneiro*

60378888468

88029848608

SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0074878/20

Número do Sinistro: 3200093890

Vítima: ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

CPF: 058.289.434-48

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 08/12/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 14/05/2020
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DO - VARA MISTA DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08226933020218152001

BRDESCO 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 **ROSENILDO MARQUES DOS SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 15 de setembro 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 - 19/09/2023 10:21:16
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091910211584400000074723993>
Número do documento: 23091910211584400000074723993

Num. 79379152 - Pág. 2

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 19/09/2023 10:21:16
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23091910211584400000074723993>
Número do documento: 23091910211584400000074723993

Num. 79379152 - Pág. 3