



Número: **0835675-76.2021.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **09/09/2021**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
ADRIANO RODRIGUES DA SILVA (AUTOR)	ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT 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
73618 458	22/05/2023 11:52	<a href="#">Petição</a>	Petição
73618 462	22/05/2023 11:52	<a href="#">2840795_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02</a>	Outros Documentos
73618 472	22/05/2023 11:52	<a href="#">2840795_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>	Outros Documentos

EM ANEXO





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 28 de Abril de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210099299

Vítima: ADRIANO RODRIGUES DA SILVA

Data do Acidente: 01/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALEXANDRA CESAR DUARTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ADRIANO RODRIGUES 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 dos punhos  
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: ADRIANO RODRIGUES DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000733

Conta: 0000052627-1

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210099299 **Cidade:** Pilar **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ADRIANO RODRIGUES DA SILVA **Data do acidente:** 01/10/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/04/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE ULNA DIREITA + PROCESSO ESTILÓIDE DO RÁDIO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG. 5/6 \_CIRURGIA

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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



# 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: 20/04/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ADRIANO RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00733

CONTA: 000000052627-1

---

---

Nr. da Autenticação 4EF673C7A00F7EF2





# 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 ASI: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 152.374.254-29 4 - Nome completo da vítima: Adriana Rodrigues da Silva

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

5 - Nome completo: Adriana Rodrigues da Silva 6 - CPF: 152.374.254-29  
7 - Profissão: Emprego em casa 8 - Endereço: Rua do Rosário 9 - Número: 74 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Itabaiana 13 - Estado: PB 14 - CEP: 53000-000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

### 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 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para bancos abaixo, Assinale uma opção)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0733 CONTA: 52627 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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às expensas 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

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 (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - \_\_\_\_\_  
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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: João Pessoa, 17/10/2020  
Adriana Rodrigues da Silva  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







SECRETARIA DE ESTADO DA  
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL  
Delegacia Geral da Polícia Civil  
Superintendência Regional de Polícia Civil  
Delegacia Geral de Polícia Civil de João Pessoa - Setor  
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA  
CIVIL**  
PARAÍBA



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

### CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01730.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01730.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 16:35 horas do dia 13 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 Alberto do Egito de Sousa, matrícula 905178, e lavrado por Sandro de Souza Lima, Agente de Investigação, matrícula 1331540, ao final assinado, compareceu **Adriano Rodrigues da Silva**, CPF nº 152.374.254-29, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Serviços Gerais, filho(a) de Maria de Lourdes da Conceição e José Antonio Rodrigues, natural de Itambe/PE, nascido(a) em 24/04/1999 (20 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua do Sossêgo, Nº 74, bairro Centro, tendo como ponto de referência Próximo a Barraca do Irmão, na cidade de Itabaiana/PB, telefone(s) para contato (83) 99104-3678.

#### **Dados do(s) Fatos:**


Local: Zona Rural Entre Pilar e Juripiranga, Pilar/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 01/10/19 16:20h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

#### **E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

QUE NA DATA DE 01/10/2019 POR VOLTA DAS 16H20 APROXIMADAMENTE, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO EM UMA ESTRADA DA ZONA RURAL, DO MUNICÍPIO DE PILAR, ENTRE ESTA CIDADE E A CIDADE DE JURUPIRANGA, QUANDO TRAFEGAVA NA MOTO HONDA CG125 FAN, ANO/MODELO 2012/13 (chassi 9C2JC4120DR507534), COR PRETA, PLACA OFX 8810/PB (em nome de Leandro Felix de Lima), QUANDO BATEU EM UM BURACO E PERDEU O EQUILÍBRIO, CAINDO AO SOLO COM A MOTO, QUE FOI SOCORRIDO POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL GERAL DE ITABAIANA, E LOGO DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O COMPLEXO HOSPITALAR GOV. TARCISIO DE MIRANDA BURITY EM MANGABEIRA, NESTA CAPITAL, ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA NO RADIO DISTAL ESQUERDO, CID S52.4, DE ACORDO COM LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. YURI CORDEIRO, CRM 11507-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, 13 de fevereiro de 2020.

  
SANDRO DE SOUZA LIMA  
Agente de Investigação

  
ADRIANO RODRIGUES DA SILVA  
Noticiante

Procedimento Policial: 01730.01.2020.1.00.401

1/1





# 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 ASI: \_\_\_\_\_ 3 - CPF da vítima: 152.374.254-29 4 - Nome completo da vítima: Adriano Rodrigues da Silva

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

5 - Nome completo: Adriano Rodrigues da Silva 6 - CPF: 152.374.254-29  
7 - Profissão: Brasador de Cervejas 8 - Endereço: Rua do Monsieço 9 - Número: 74 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Itabaiama 13 - Estado: PB 14 - CEP: 53000-000  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel.(DDD): \_\_\_\_\_

DADOS CADASTRAIS

### 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  SEM RENDA  R\$1.000,00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  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 bancos abaixo. Assinale uma opção)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Bradesco (237)  Itaú (341) Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0733 CONTA: 52627 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 LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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 (vai nascer)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

NÃO ALFABETIZADO

34 - \_\_\_\_\_  
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

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: João Pessoa, 17/10/2020  
Adriano Rodrigues da Silva  
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)







# LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <b>ADRIANO RODRIGUES DO SILVA</b>		PRONTUÁRIO: <b>90</b>		LEITO: <b>440</b>	
DATA DE ADMISSÃO: <b>01/10/19</b>	DATA DE ALTA: <b>07/10/19</b>	TEMPO DE ESTADIA: <b>S. 52.4</b>			
DIAGNÓSTICO: <b>FX RADIO DIGNAL (E)</b>					
DURAÇÃO: <b>0 MESAO</b>					
TRATAMENTO: <b>RLX.</b>					
EXAME DE LAUDO: <b>REMOÇÃO INCRUENTA + FIXAÇÃO INTERNA</b>					
INTEGRAÇÃO: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO					
EXAME DE ALTA: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO					
SITUAÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO: **paciente submetido a procedimento cirúrgico de remoção incruenta + fixação interna do fêmur K. Recebeu alta com boa evolução.**

### ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

**DIETA:** LIURE

**REPOUSO:** Retorno em casa por 15 dias.  
 Retorno de atividades com auxílio físico em 30 dias.  
 Retorno de atividades com esforço físico em 45 dias e com esforço maior em 90 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, procure imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** DIUC + CEFALGINA

**RETORNO:** Ao posto de saúde em 07/10/19 para retirada de pontos.  
 Ao Ambulatório do Dr. POUCHO em 30 dias para revisão 07/10/19

07/10/19

DATA

Dr. [Assinatura]  
 ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação do atendimento hospitalar  
 Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
 TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

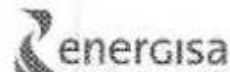


# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Retiro para ser pago pelo boleto da minha conta de energia elétrica Nº 038.227.554



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880  
CNPJ 08.095.183/0001-40 Ins. Ent. 16.915.625-6

## DADOS DO CLIENTE

ARLINDO JOAO DO NASCIMENTO  
RUA DO SOSSEGO 074  
ITABAIANA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/253182-0

### REFERÊNCIA

FEV/2020

### APRESENTAÇÃO

03/02/2020

### CONSUMO

106

### VENCIMENTO

10/02/2020

### TOTAL A PAGAR

R\$ 68,16

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 11593.481176 4 81610000006816				
Pagador: ARLINDO JOAO DO NASCIMENTO CNPJ/CPF: 012.239.458-55				
RUA DO SOSSEGO 074 - CENTRO - ITABAIANA / PB - CEP 03000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120011593481	000253182202002	10/02/2020	R\$ 68,16	
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				08.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-880				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

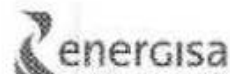


# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é segunda via de conta

Retiro para senha pagamento da sua conta de energia elétrica Nº 038.227.554



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-880  
CNPJ 08.095.183/0001-40 Ins. Ent. 16.915.625-6

### DADOS DO CLIENTE

ARLINDO JOAO DO NASCIMENTO  
RUA DO SOSSEGO 074  
ITABAIANA

### CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/253182-0

### REFERÊNCIA

FEV/2020

### APRESENTAÇÃO

03/02/2020

### CONSUMO

106

### VENCIMENTO

10/02/2020

### TOTAL A PAGAR

R\$ 68,16

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
00190.00009 02624.912008 11593.481176 4 81610000006816				
Pagador: ARLINDO JOAO DO NASCIMENTO CNPJ/CPF: 012.239.458-55				
RUA DO SOSSEGO 074 - CENTRO - ITABAIANA / PB - CEP 03000-000				
Nosso Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120011593481	000253182202002	10/02/2020	R\$ 68,16	
BENEFICIÁRIO ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA				08.095.183/0001-40
BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-880				
Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

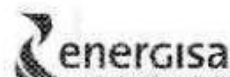


# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Recibo para simples pagamento da nota fiscal com o N° 037.641.360



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insu. Est. 14.915.823-6

## 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](http://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](http://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: 4020-1546 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 85 | 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/SIS/IO/SCAWEB/DOCON/GIRAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=25636>

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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 ILCÍTAS PREVISTAS NA LEI Nº9.013/96.

Pelo exposto, eu Alexandria Cesar Duarte

inscrito (a) no CPF/CNPJ 046.502.754/74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Adriana Rodrigues da Silva inscrita (a) no CPF sob o Nº 152.374.254/29,

na sinistro de DPVAT cobertura Invalidez na vítima Adriana Rodrigues da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 152.374.254/29, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Agente Fiscal Br 6. Duarte</u>	Número: <u>157</u>	Complemento:
Bairros: <u>Crangabeira</u>	Cidade: <u>João Pessoa</u>	Estado: <u>PB</u>
E-mail:	CEP: <u>58056-384</u>	Tel. (DDD): <u>(83) 98663-4400</u>

Local e Data: João Pessoa - PB 20/02/2020

Alexandria Cesar Duarte  
Assinatura de Declarante

01DRL001 V.001/2017





# LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <b>ADRIANO RODRIGUES DO SILVA</b>		PRONTUÁRIO:
IDADE: <b>90a</b>	SEXO: <b>MASC.</b>	LEITO: <b>440</b>
DATA DE ADMISSÃO: <b>01/10/19</b>	DATA DE ALTA: <b>07/10/19</b>	TEMPO DE ESTADIA: <b>S. 52.4</b>
DIAGNÓSTICO: <b>FR. RABDO DIGITAL (E)</b>		
DURAÇÃO: <b>O MESMO</b>		
TRATAMENTO: <b>RLX.</b>		
SINAIS E SINTOMAS: <b>REMUNDO INCRUENTA + FIXAÇÃO INTERNA</b>		
INVESTIGACÃO: <b>INTERCÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO</b>		
EXAME DE LABORATÓRIO: <b>EXAME DE URINA: <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO</b>		

RESUMO CLÍNICO: **PAUCIAS SUBMETIDAS A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO ATUANDO DE REMUNDO INCRUENTA + FIXAÇÃO INTERNA CO- FIO K. RECUPERAÇÃO COM BOA COMPLACÊNCIA**

## ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

**DIETA:** LIURE

**REPOUSO:** Retorno em casa por 15 dias  
 Retorno de atividades com auxílio físico em 30 dias  
 Retorno de atividades com esforço físico leve em 45 dias e com esforço maior em 90 dias

**CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA:** Lave-a com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procure imediatamente este Complexo Hospitalar.

**MEDICAÇÕES PARA CASA:** DIUC + CEFALGINA

**RETORNO:** Ao posto de saúde em 07/10/19 para retirada de pontos...  
 Ao Ambulatório do Dr. POUCHO em 30 dias para revisão 07/10/19

**DATA:** 07/10/19

**ASS. MÉDICO / CRM**  
 Dr. Suelio Moreira Torres

Este documento destina-se à comprovação do atendimento hospitalar  
 Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
 TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



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: 266878 Atd: Nao Regulado  
Data: 01/10/2019  
Hora: 20:52:40  
Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVALNTI  
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: ADRIANO RODRIGUES DA SILVA  
Nome Social: NAO INFORMADO CPF: 152.374.254-29  
CNS: 898005836880486 Sexo: M IDENTIDADE: 4702280 Fone: 991043678  
Natural: ITAMBE/PE Data Nasc.: 24/04/1999 Id: 20 ano(s)  
End.: RUA DO SOSSEGO,0  
Bairro: ACUDE DAS PEDRAS Cidade: ITABAIANA UF :PB  
Mae: MARIA DE LOURDES DA CONCEICAO Pai: JOSE ANTONIO RODRIGUES  
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO  
Ocupação: ACOUGUEIRO Estado Civil: SOLTEIRO(A)  
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO  
Resp.: ADRIANO RODRIGUES DA SILVA  
Tel/Soc. Responsavel: 991043678 / IDENTIDADE: 4702280  
Procedencia: HOSPITAL DE ITABAIANA

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.10.000117

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: NAO

Vitima de violência por: NAO

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: VERMELHO

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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Q. Principal

FRATURA DISTAL DE ULNA D

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

*paciente relatou queda de um objeto em 3 horas*

Diagnostico

*Fx. r. distal ulna (E)  
Bom Valor (E)*

Conduta

*uso de Bacia USB e Placa  
externa*

Prescricao

Horario da medicacao

*r. Daniel B. Cavalcante  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 3248*



data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

02/10/2019 - Psicologia

Realizados procedimentos + suporte e orient.

Ana Mary de Medeiros  
Psicóloga Clínica e Hospitalar  
567.528.004-49  
CRP 1312958

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

A. Adriano Rodrigues da Silva

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





## FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Adriano Rodrigues de Silva Data da Admissão: 01/10/19  
 Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
 Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento:  / /

QPD: For e deformidade

HDA: Ortega de sob os braços e  
peito com dor, edema e deformidade

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  
 Dispnéia  Palpitações  Desmaio  Cianose  Edema \_\_\_\_\_ Outros: \_\_\_\_\_

**ABD:**  Dor \_\_\_\_\_  Pirose  Solução  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-reposou  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.



**Antecedentes Pessoais e Hábitos:**

Doenças Anteriores: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Cirurgias: \_\_\_\_\_

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

[ ] Trauma [ ] Neo [ ] Alcoolismo [ ] Tabagismo

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: *Fratura vólcica distal (E)*  
*Bento Volar*

Conduta: *Interno para tratamento cirúrgico*

*Daniel F. Cavalcante*  
Ortopedista  
CRM 10206





### RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <b>ADRIANO RODRIGUES DA SILVA</b>				Registro:	
Idade: <b>20</b>	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data: <b>07/10/19</b>	Cirurgião: <b>DR ROMEO RUA</b>			1º Assistente: <b>DR YU MY</b>	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
<b>DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<b>FX RADIO DISTA (E)</b>				<b>S. S2.4</b>	
<b>DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO</b>				<b>CID</b>	
<b>O MESMO</b>					
<b>PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)</b>				<b>CÓDIGO</b>	
<b>R.F.F.I</b>					
<b>REDUÇÃO LACRUGA + FIXAÇÃO INTERNA</b>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 ( ) Sim 2 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Não		Descreva:	
Biópsia de Congelação:		1 ( ) Sim 2 ( ) Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Fiscal José Costa Duarte, S/N. CEP 56056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB

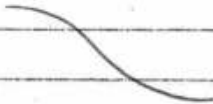


DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA  
ASSEPSIA + ANTISSÉPSIS  
APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTERÉIS

Incisão:



Achados:

PX PROCESSO ESTILOITE RÁPIDO. (E)

Conduta:

REALIZADO MANEIRA DE REDUÇÃO SOB AUX ESCOLIA  
APOSIÇÃO DE 2º FIO X SOB AUX ESCOLIA  
LIMPEZA COM 3FO,9%  
CURATIVO  
TALA AXILAR PALMAR

Fechamento:

OBS:

ATA NO 102

Data: 07/10/19

Dr. Yuty Cordão  
CRM 11.507 PB  
Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO/CRM

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





## FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Ficha N°		Data:	
----------	--	-------	--

Paciente:	Adriano M. da Silva		
-----------	---------------------	--	--

Origem:	HRT		
---------	-----	--	--

Solicitante:		Clinica:	
--------------	--	----------	--

### Motivos do Encaminhamento

Paciente vem há alguns dias de dor na  
motricidade e fraqueza no membro D.  
Exame físico muito bom a fratura  
fratura distal de ulna.  
Dito.

Dr. Henrique M. Gomes  
Médico  
CRM 11005/PE

### Medicação administrada

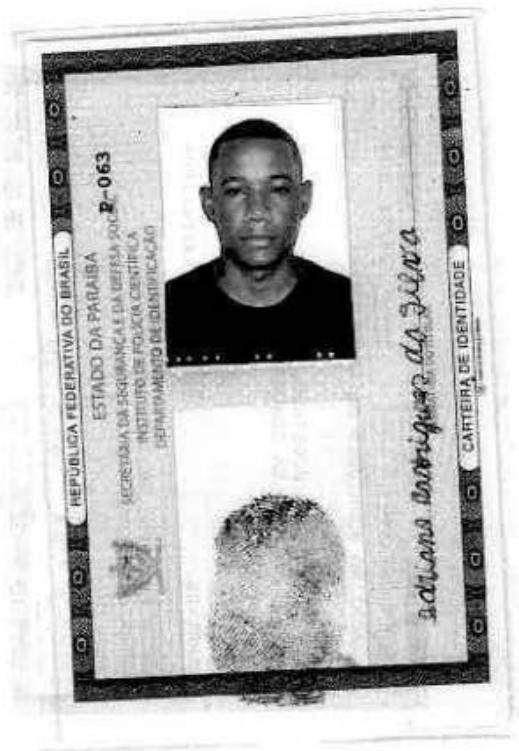
Uortmen

Encaminhamento para:	Ortopedia de Juazeiro		
----------------------	-----------------------	--	--

Serviço Social			
----------------	--	--	--









**PROCURAÇÃO**

Outorgante: Adriano Rodrigues da Silva, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão advogado, residente e domiciliado à Rua do marsego nº 74, bairro centro, Município de Itabiana, Estado de(o) PB, Cep: 58000-000, portador(a) do Rg nº H-702.280, SSP/PB e CPF nº 352.374.254-29

Outorgado: Alexandra Bezar Duarte, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Agente Fiscal C. B. Dias nº 157, bairro Mangabeira, Município de João Pessoa, Estado de (o) PB, Cep: 58056-384, portador (a) do RG nº 262.778, SSP/PB e CPF nº 046.503.754-74

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Adriano Rodrigues da Silva, ocorrido em 03/10/19, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo. Processo de natureza imbalidez.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação de Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

João Pessoa, 13 de fevereiro de 2020.

CARTÓRIO  
VIEIRA BATISTA

Adriano Rodrigues da Silva  
Outorgante,  
CPF Nº 352.374.254-29

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

CARTÓRIO VB 2º OFÍCIO DE NOTAS Sól. Ramêlo Vieira  
RUA ELIAS OLIVEIRA, 40 - MANGABEIRA - JOÃO PESSOA - PB

RECONHECIMENTO DE FIRMA 2020-008309

Reconheço por autenticidade a firma de:  
ADRIANO RODRIGUES DA SILVA

Doi fe. em testemunho de verdade, João Pessoa - PB, 13/02/2020 10:07:32  
EMOL: R\$ 10,22 FEPJ: R\$ 2,04 FAMPEN: R\$ 0,30 IBO: R\$ 0,01  
SELO DIGITAL: AJT00489-PK01  
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

ALCERLAINE FELIX FERNANDES - ESSELENTE AUTORIZADA



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0083840/21

**Vítima:** ADRIANO RODRIGUES DA SILVA

**CPF:** 152.374.254-29

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 01/10/2019

**Titular do CPF:** ADRIANO RODRIGUES DA SILVA

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### ALEXANDRA CESAR DUARTE : 046.502.754-74

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

#### ADRIANO RODRIGUES DA SILVA : 152.374.254-29

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](http://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: 23/03/2021  
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE  
CPF: 046.502.754-74

ALEXANDRA CESAR DUARTE

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/03/2021  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 2ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB**

**Processo: 08356757620218152001**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **ADRIANO RODRIGUES DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, 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, 18 de maio de 2023.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PB 4246-A**

**SUELIO MOREIRA TORRES**  
**OAB/PB 15477**

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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/05/2023 11:52:26  
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052211522605000000069391479>  
Número do documento: 23052211522605000000069391479

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 22/05/2023 11:52:26  
<https://pje.tjpb.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23052211522605000000069391479>  
Número do documento: 23052211522605000000069391479