



Número: **0866278-40.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **14ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **29/11/2018**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

| Partes | Procurador/Terceiro vinculado |
|--|--|
| HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR (AUTOR) | ABRAAO COSTA FLORENCIO DE CARVALHO (ADVOGADO) |
| BRADESCO SEGUROS S/A (REU) | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO) |

Documentos

| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
|--------------|--------------------|--|-------------------|
| 36578 385 | 12/11/2020 11:32 | <u>Petição</u> | Petição |
| 36578 386 | 12/11/2020 11:32 | <u>2630006_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u> | Outros Documentos |
| 36578 388 | 12/11/2020 11:32 | <u>2630006_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u> | Outros Documentos |

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:32:04, SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:31:04 Num. 36578385 - Pág. 1
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111211320462300000034919282>
Número do documento: 20111211320462300000034919282



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR**

Nº Sinistro: **3180537312**

Vítima: **HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR**

Data do Acidente: **07/05/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180537312**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13596550

Pag. 00809/00810 - carta_01 - INVALIDEZ





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

0614363-18

CPF da vítima:

056.447.364-23

Nome completo da vítima:

Henrique Francisco da Silva Junior

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

Nome completo:

HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

Profissão:

AUTÔNOMO

Bairro:

DITIZEIRO

E-mail:

ARTSIVOS@GMAIL.COM

Endereço:

RUA PST José Severino de Oliveira

Cidade:

JOÃO PESSOA

Estado:

PB

CPF:

056 447 364-23

Número:

251

Complemento:

CASA 02

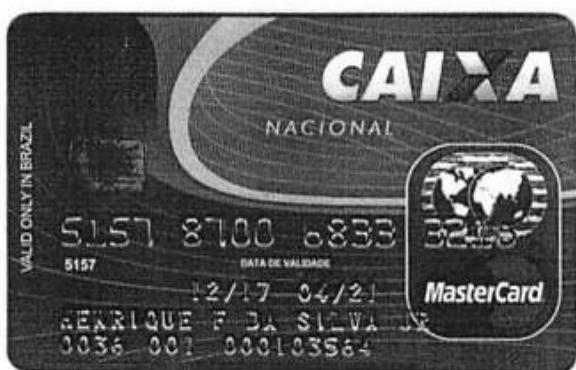
CEP:

58088-785

Tel.(DDD):

83 98606-2797

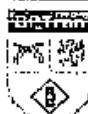
Tel.(DDC):



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:32:05, SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:31:05 Num. 36578386 - Pág. 3
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111211320510100000034919283>
Número do documento: 20111211320510100000034919283



POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I/CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



DADOS DO ACIDENTE

| | | | | | | |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|---------------------|
| Nº BOAT 0333 - 2018 | Responsável pelo Levantamento do Acidente: EVÂNIO TAVARES DA SILVA | | | Posto/Graduação: Cabo/PM | | |
| Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Av. Des. Hilton Souto Maior | Hora 12:30 | Bairro José Américo | Município: João Pessoa | UF PB | | |
| Data/Ocorrência 07/05/2018 | Dia da Semana Sexta-feira | C/S Vítima (QT) Con/01 | Natureza do Acidente Choque | Tipo de pavimento Asfalto | Condições/Via Seca | Tempo Bom |

Envolvidos no acidente (Quantidade)
02 veículos

Controle do trânsito no local

Pista dupla

| | | | |
|--|--------------------------|---------------------------------|----------------------|
| CONDUTOR 01 | | | |
| Nome Joelson Batista do Nascimento | Sexo Masculino | Nascimento 01/04/1983 | RG 2616938 |

Endereço
Av. Walbemar Nazareno, 1250, Casa-01, Geisel, PB – Tel.(083)98860-2030

| | | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------|--|-------------------|---------------------------|--------------------------------------|-------------|----------------|
| 1ª Habilitação 10/04/2002 | Categoria AD | Registro CNH N.º 02277884836 | U.F. PB | Ex.méd./Dia Sim | Data Vencimento 24/04/2018 | Usava cinto | Usava Capacete |
|-------------------------------------|------------------------|--|-------------------|---------------------------|--------------------------------------|-------------|----------------|

Exame de Embriaguez Alcoólica
Sim

Destino do Condutor

Permaneceu no local

| | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-------------------|
| VEÍCULO 01 | | | | | |
| Marca/Modelo M.Benz/M.Polo | Espécie Ônibus | Placa OEY 5733 | Categoria Aluguel | Município João Pessoa | U.F. PB |

Nome do Proprietário
Santa Maria Transp. E.E. LTDA

| | | | |
|----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Seguradora DPVAT | Bilhete Nº 013221080548 | Renavan Nº 0053836393-2 | Data da Emissão 02/06/2017 |
|----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|

Defeitos
Nada constatado

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: trafegava na via "A" no sentido Mangabeira – José Américo, na faixa da direita e ao parar o veículo na parada de ônibus para desembarque dos passageiros com a sinalização acionada, foi surpreendido pelo V2 colidindo na sua traseira do veículo. Obs.: o veículo se encontrava totalmente parado com os passageiros desembarcando.

| | | | |
|---|--------------------------|---------------------------------|----------------------|
| CONDUTOR 02 | | | |
| Nome Henrique Francisco da Silva Júnior | Sexo Masculino | Nascimento 09/05/1986 | RG 2920847 |

Endereço
Rua Pastor José Severino de Oliveira, 251, Oiticicó, JP/PB – Tel.(083)98606-2797

| | | | | | | | |
|-------------------------------------|------------------------|--|-------------------|---------------------------|--------------------------------------|-------------|----------------|
| 1ª Habilitação 22/06/2004 | Categoria AE | Registro CNH N.º 03309877034 | U.F. PB | Ex.méd./Dia Sim | Data Vencimento 08/11/2018 | Usava cinto | Usava Capacete |
|-------------------------------------|------------------------|--|-------------------|---------------------------|--------------------------------------|-------------|----------------|

Exame de Embriaguez Alcoólica
Não

Destino do Condutor

Conduzido ao Hospital de Trauma

| | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| VEÍCULO 02 | | | | | |
| Marca/Modelo Honda Fan | Espécie Motocicleta | Placa QFB 6968 | Categoria Particular | Município João Pessoa | U.F. PB |

Nome do Proprietário
Henrique Francisco da Silva Júnior

| | | | |
|----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Seguradora DPVAT | Bilhete Nº 013220923657 | Renavan Nº 0123517115-6 | Data da Emissão 05/07/2017 |
|----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|

Defeitos
Nada constatado

VERSÃO DO CONDUTOR 02

O condutor entregou declaração no dia 25/05/2018 onde informou que, somente se lembra que escureceu tudo em um momento quando se deparou com o ônibus, colidindo e vindo ao chão. Não houve tempo para evitar o acidente.



BATALHÃO DE TRÂNSITO
Cópia de Conformidade com o Original

Assinatura:

Em:

CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT N° 0333 - 2018
VÍTIMA 01

| | | |
|--|---------------------------------|--|
| Nome Henrique Francisco da Silva Júnior | Sexo Masculino | Nascimento 09/05/1986 |
|--|---------------------------------|--|

Endereço

Rua Pastor José Severino de Oliveira, 251, Oiticicó, JP/PB – Tel.(083)98606-2797

| | |
|---|--------------------|
| Viajava no Veículo N° 02 | Usava Cinto |
|---|--------------------|

| | |
|--|--|
| Condição da Vítima Condutor | Conduzida Para Hospital de Trauma |
|--|--|

TESTEMUNHA 01

| | | |
|--|---------------------------------|--|
| Nome Renan Vieira Sales Pereira | Sexo Masculino | Nascimento 20/02/1997 |
|--|---------------------------------|--|

Endereço

Rua Cícero Gregório Lacerda, 55, Cidade dos Colibris, JP/PB – Tel.(083)98750-4435

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|
| CPF 108.638.614-07 | Identidade 3.869.115 | Órgão Emissor SSP | U. F. PB |
|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|

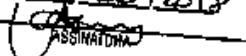
VERSAO DA TESTEMUNHA 01

Disse que estava na parada de ônibus para embarcar no V1 que encontrava-se parado, momento que escutou um forte barulho provocado pelo choque do V2 no V1.

CONSTATADO

Constatado quando do levantamento que: o sítio do acidente se deu na faixa da direita da via "A". Dos veículos: V1 liberado no local V2 conduzido para o pátio do BPTran para complemento de Boat, C1 permaneceu no local e o C2 socorrido para o Hospital de Trauma

João Pessoa – PB, 30 de Maio de 2018.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
 Cópia de Conformidade com o Original
 EM: 11/06/2018

 ASSINATURA


EVANIO TAVARES DA SILVA – Cabo PM
 Responsável pelo Levantamento



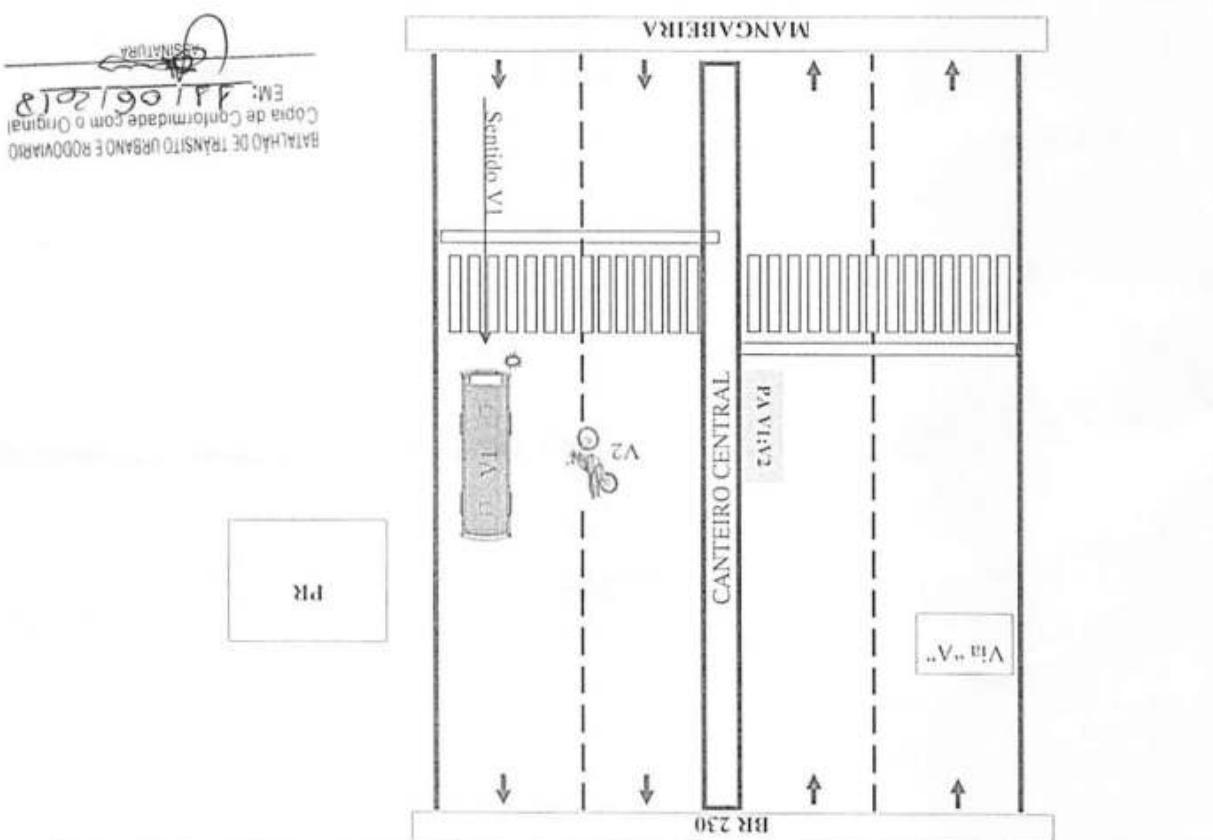
CORRETO DE SÉGUROS

14 NOV. 2018.

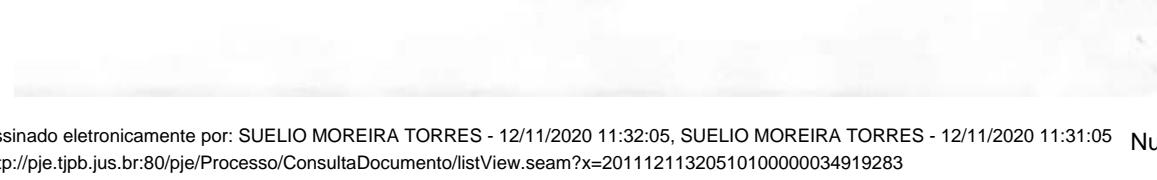
Assinado digitalmente por SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:32:05, SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:31:05
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111211320510100000034919283>

AVARIAS

O SISTEMA HISTÓRICO NÃO OBTÉVEU ESCALA



| | |
|--|--|
| AMARRAÇOES | |
| VIA "A" - AV. Hilton Soulo Maier - 07,00 metros | |
| PR (Ponto de Referência) Igreja Universitária | |
| PA (Ponto de Amarragem) Guita do meio Rio | |
| V1 (Veículo 01) Eixos Diâmetro Esquerdo 04,60 e Traseiro Esquerdo 04,60 metros para (PA) | |
| V2 (Veículo 02) Eixos Diâmetro Direito 03,60 e Traseiro Direito 02,80 metros para (PA) | |
| BR 230 | |



RECEBIDO
EM: 28/06/18
RCI

EM BRANCO





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:32:05, SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:31:05 Num. 36578386 - Pág. 8
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111211320510100000034919283>
 Número do documento: 20111211320510100000034919283



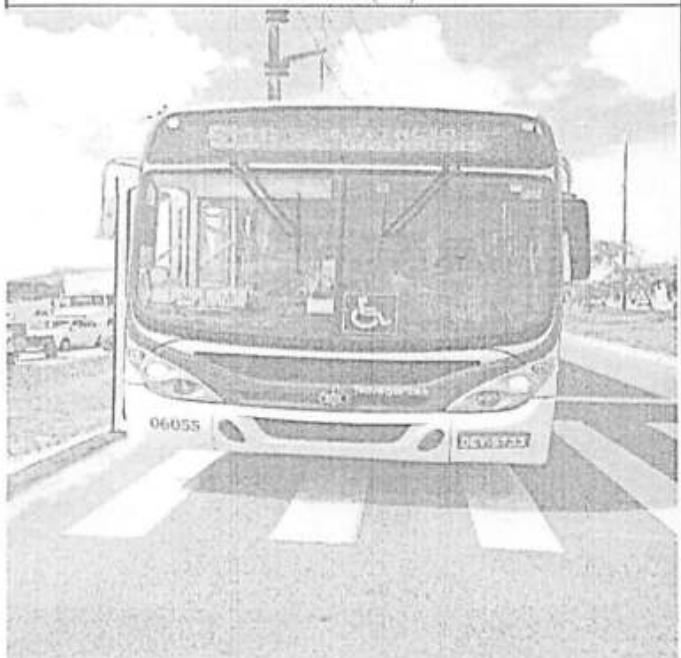
POLICIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 333 / 2018

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 11/06/2018
Assinatura

2

Evânio Tavares da Silva CB PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I/CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BDAT Nº 0333 - 2018
DANOS NO V2

Marca/Modelo:
M.Benz/M.Polo

Placa:
OEH 5733

Responsável pelo Preenchimento:
Cabo Evânio

Data:
07/05/2018

ÔNIBUS E MICROÔNIBUS
AVARIAS NO ACIDENTE

| Item | Descrição do componente | Valor | SIM | NÃO | NA |
|------|---|-------|-----|-----|----|
| 01 | Avaria na estrutura das laterais ou do teto afetando o posto do condutor. | M | x | | |
| 02 | Avaria na estrutura afetando a coluna "B" da carroceria. | M | x | | |
| 03 | Avaria na estrutura afetando qualquer ponto de fixação das poltronas/bancos. | M | x | | |
| 04 | Avarias na estrutura das laterais ou do teto atingindo o compartimento interno dos passageiros podendo ultrapassar o plano que passa pela linha de referência do peitoril (parte inferior das janelas). | M | x | | |
| 05 | Estrutura com deformação vertical, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroceria com o chassi. | M | x | | |
| 06 | Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroceria com o chassi. | M | x | | |
| 07 | Região da carroceria e/ou do chassi termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi. | M | x | | |
| 08 | Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina. | M | x | | |
| 09 | Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina. | M | x | | |
| 10 | Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas. | M | x | | |
| 11 | Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina. | G | x | | |
| 12 | Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina. | G | x | | |
| 13 | Chassi com deformação lateral maior que a altura da longarina. | G | x | | |
| 14 | Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão. | M | x | | |
| 15 | Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão. | M | x | | |
| 16 | Avaria em qualquer um dos eixos. | M | x | | |
| 17 | Dano em qualquer componente do Sistema de Freios. | M | x | | |
| 18 | Região do Chassi termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi. | G | x | | |

M: Item que individualmente implica em Dano de Média Monta.

G: Item que individualmente implica em Dano de Grande Monta.

Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade

Dano de Pequena Monta: quando não houver nenhum item assinalado nas colunas "SIM" ou "NA"

Dano de Média Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria M

Dano de Grande Monta: quando o item de maior gravidade assinalado nas colunas "SIM" ou "NA" for de categoria G

Observações: as avarias não chegaram a prejudicar a estrutura do veículo.

Quando o componente estiver danificado, assinalar com um X a coluna SIM

Quando o componente não estiver danificado ou não existir originalmente, assinalar com um X a coluna NÃO

Caso não tenha sido possível avaliar se o componente foi danificado ou não no acidente, assinalar com um X a coluna NA

SIM = Item danificado no acidente; NAO = Item não danificado no acidente; NA = Impossibilidade de avaliar o dano (Não avaliado)

DANOS NO V2

Marca/Modelo:
Honda Fan

Placa:
QFB 6968

Responsável pelo Preenchimento:
Cabo Evânio

Data:
07/05/2018

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

| Item | Nome da Peça | Avaliação | | | Nome da Peça | Avaliação | | |
|------|--------------------------------------|-----------|-----|----|------------------------|---------------------------|-----|-----|
| | | Sim | Não | NA | | Sim | Não | NA |
| 01 | Garfo dianteiro | x | | | 05 | Chassi | x | |
| 02 | Mesa superior da suspensão dianteira | x | | | 06 | Garfo traseiro | x | |
| 03 | Mesa inferior da suspensão dianteira | x | | | 07 | Eixo traseiro (triciclos) | | |
| 04 | Coluna de direção | x | | | Total Geral (Sim + NA) | | | 0-0 |

Observações: as avarias não chegaram a prejudicar a estrutura do veículo.

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0

→ DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4

→ DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4

→ DANO DE GRANDE MONTA

14 NOV. 2018

João pessoa-PB, 30 de Maio de 2018.

EVÂNIO TAVARES DA SILVA - Cabo PM
Responsável pelo Levantamento

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
EM: 11/06/2018

LÍNEA ASSESSOR
CORRETORA DE SEGUROS

assinatura



EMBRANCO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:32:05, SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:31:05 Num. 36578386 - Pág. 11
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111211320510100000034919283>
Número do documento: 20111211320510100000034919283



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **0114363-18** CPF da vítima: **056.447.364-23** Nome completo da vítima: **Henrique Francisco da Silva Junior**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo: **HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR**
 Profissão: **AUTÔNOMO** Endereço: **Rua PST José Severino de Oliveira** CPF: **056.447.364-23**
 Bairro: **OTIZIERO** Cidade: **JOÃO PESSOA** Número: **251** Complemento: **CASA D2**
 Estado: **PB** CEP: **58088-785** Tel.(DDD): **83 98606-2797**

E-mail: **ARTSIVOS@GMAIL.COM**

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **Caixa Econômica**

AGÊNCIA: **0036**

CONTA: **10356**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **0036**

CONTA: **10356**

4

(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.

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 atende 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 permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Local e Data: **João Pessoa, 14/11/2018**
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

Assinatura
14 NOV. 2018
 CORPO DE POLÍCIA FEDERAL - AGÊNCIA DE SERGIPE
 ASSESSORIA

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. NO SEU RODO, na sequência NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



VISTO EM: 20/06/18

Kamylla Gedenira da Silva
TEN. CEL. QOBM-521.280.4

BATALHÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR
3ª SEÇÃO – OPERAÇÕES

João Pessoa-PB, 20 de Junho de 2018.

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº. 0261/2018

Certifico que revendo as fichas de ocorrências atendidas no dia 07/05/2018, conforme requerimento nº 0266/18, solicitado pela pessoa interessada, consta que foi socorrido(a) por volta das 12h52min o/a Sr.(a) **HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR**, CPF nº 056.447.364-23 vítima de acidente de (*colisão (moto x ônibus)*), ocorrido na Av. Hilton Sloto Maior, José Américo – João Pessoa/PB. Que a guarnição da viatura de prefixo AR-48, tendo como chefe o **SOLDADO BM JORGE LUIZ DA SILVA BARBOSA**, Matrícula 525.904-5. Vítima consciente e orientada, com fratura exposta no membro superior e suspeita de fratura em membro inferior e na clavícula. Que após os procedimentos de imobilização a referida guarnição a transportou na viatura acima citada para o Hospital de Emergências e Traumas Senador Humberto Lucena.

Para constar, eu **André Vieira de Souza** - CB BM, Mat. 523.518-9, () auxiliar da 3ª Seção/BAPH, digitei a presente certidão, que vai assinada por mim e pelo(a) chefe da 3ª Seção/BAPH.

JYHARMESON DIEGO A. DE SOUSA
2º TEN. MAT. 527.341-2

Chefe da 3ª Seção



Corpo de Bombeiros Militar da Paraíba - Batalhão de Atendimento Pré-hospitalar.
Rua Doutor Orestes Lisboa, S/nº, Conj. Pedro Gondim, 58.031-090, João Pessoa-PB.
Fone: (83) 3243-9044 / (83) 3216-5751 / (83) 3218-7979 (FAX) - E-mail: craphbbs@bombeiros.pb.gov.br



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000010356-4

Nr. da Autenticação A64030CFE6FFD9FC



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:32:05, SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:31:05 Num. 36578386 - Pág. 14
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111211320510100000034919283>

Número do documento: 20111211320510100000034919283

CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 220 - Jaguaripe João Pessoa - PB
CEP: 58.015-570 - CNPJ: 09.123.654/0001-67

| | | PARA CONTATO COM A CAGEPA INFORME ESTE NÚMERO | | | | |
|--|--------------------|--|---------------|------------------------------|---------|-----------|
| | | MATRÍCULA | | | | |
| | | 69745480 | | | | |
| | | REFERÊNCIA | | | | |
| | | JUN/2018 | | | | |
| CONSUMO DE ÁGUA / ESGOTO E SERVIÇOS | | | | | | |
| HENRIQUE FRANCISCO S JUNIOR RUA PST JOSE SEVERINO DE OLIVEIRA, 251 - CS/02 - DITIZEIRO JOAO PESSOA PB 58088- 785 | | | | | | |
| Inscrição | SMI | Quantidade de Economias | | Responsável | | |
| 001.013.240.0393.000 | 000 | Residencial | Comercial | Industrial | Público | |
| Hidrômetro | Data de Instalação | Localização | Situação Água | Situação Esgoto | | |
| A10F146709 | 12/07/2010 | ENT LACK | LICADO | FACTIVEL | | |
| ANTERIOR ATUAL CONSUMO (m³) 1 MM DE DIAS PROXIMA LEITURA | | | | | | |
| 587 | 588 | 1 | 30 | 13/07/2018 | | |
| INST. CONS./ANOR. LEIT. I QUALID. ÁGUA-ANEXO 20 PORT. 05/2017 HS. | | | | | | |
| MAR/2018 | 24 | 8 | PARÂMETROS | ETIG. | ANALIS. | CONFORMES |
| ABR/2018 | 114 | 6 | TURBIDEZ | 268 | 287 | 284 |
| MAR/2018 | 3 | 6 | CLORO | 268 | 287 | 284 |
| FEV/2018 | 6 | 0 | COL.TERMO1 | 0 | 0 | 0 |
| JAN/2018 | 7 | 0 | COR | 73 | 113 | 112 |
| DEZ/2017 | 5 | 0 | COL.TOTAIS | 268 | 287 | 287 |
| MÉTACH | | | | DADOS REFERENTES A: ABR/2018 | | |
| DATA DA IMPRESSÃO: 14/06/2018 | | | | HORA DA IMPRESSÃO: 10:05:00 | | |
| DESCRICAÇÃO | | | | CONSUMO TOTAL (R\$) | | |
| ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA | | | | 1 m³ | 37,91 | |
| ESGOTO RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ESGOTO | | | | 1 m³ | 30,- | |
| VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,01 PIS E CORRINS LEI 12.741/12 | | | | Total a Pagar: R\$ 68,24 | | |
| VENIMENTO: 26/06/2018 | | | | | | |

CONDICÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDICÃO DE FATURAMENTO: REAL
TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:
*** ACOMPANHE COMO ESTÁ SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***
WWW.TRANSPARENCIA.PB.GOV.BR

| MATRÍCULA | REFERÊNCIA | VENCIMENTO | TOTAL A PAGAR |
|-----------|------------|------------|---------------|
| 69745480 | JUN/2018 | 26/06/2018 | R\$ 68,24 |



| | | | |
|--|--|--|---|
|  | GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DIVISÃO MÉDICA | |  |
| LAUDO MÉDICO | | | |
| INFORMAÇÕES PESSOAIS | | | |
| NOME DO PACIENTE | HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR | | |
| DATA DE NASCIMENTO | 09/05/86 | | |
| NOME DA MÃE | SILVANA DE OLIVEIRA SILVA | | |
| DADOS EXTRAÍDOS | | | |
| BOLETIM DE ENTRADA N.º | 1.080.438 | | |
| DATA DO ATENDIMENTO | 07/05/18 | | |
| HORA DO ATENDIMENTO | 13:32 | | |
| MOTIVO DO ATENDIMENTO | ACIDENTE DE MOTOCICLETA | | |
| DIAGNÓSTICO (S) | TRAUMATISMO NÃO ESPECIFICADO. | | |
| CID 10 | T14.9 | | |
| AVALIAÇÃO INICIAL: | | | |
| Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, referindo dor em ombro direito e fratura exposta em membro inferior direito(sic). Glasgow 15. Não consta exames que comprovem a fratura de MIE. | | | |
| EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS: | | | |
| RX de bacia | | | |
| RX de coxa direita | | | |
| RX de joelho direito | | | |
| RX de perna direita | | | |
| RX de ombro direito | | | |
| TRATAMENTO: | | | |
| Atendimento inicial. | | | |
| ALTA HOSPITALAR: | 07/05/18 | | |
| DATA DA EMISSÃO: | 13/08/18 | | |
|  Dr. José de Almeida Braga CRM: 2329/PB | | | |

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





Cruz Vermelha Brasileira

Sociedade Brasileira de Trauma
Sociedade Brasileira de TraumaGOVERNO
DA PARANÁ

AV. ORÉSTES LISBOA, 501 - PRÓRIO SODRÉ - CNES: 123456 - Tel: 8332166706

Boleto n.º 4 Aconditamento: 1080438

Identificação do paciente

| | | |
|---------------------------|--------------------------------------|--------------|
| IC | Nome | Sexo |
| 537848 | HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR | Masculino |
| Data de nascimento | Idade | Estado civil |
| 09/06/1986 | 31 anos 11 meses 28 dias | Reagido |
| Mãe | Pai | |
| SILVANA DE OLIVEIRA SILVA | HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA | |
| Esociedade | Responsável (Pareceço) | |
| | JULIANA FERREIRA DE ARAUJO - ESPOSA/ | |
| DDD Móvel | DDD Pdo | |
| 83 | 83 | |
| Tipo documento | Nº Cns | |
| RG (IDENTIDADE) | 29120847 | |
| Local de procedência | Type | |
| JOSE AMÉRICO | BAIRRO | |
| Email | Cidade | |
| | CR�re | |
| Naturalidade | | |
| JOAO PESSOA | | |

Endereço

| | | | |
|----------|-------------------------|--------|--------------------------------|
| CEP | Município de residência | UF | Logradouro |
| 58088795 | JOAO PESSOA | PR | Pesq José Severino de Oliveira |
| Número | Complemento | Bairro | Bairro |
| 251 | | | Olaria |

Admissão

| | | |
|------------------------|-------------------------|----------------------|
| Data e Hora | Número da prancheta | Centro |
| 07/06/2018 13:32:56 | 1000004240258 | BUS |
| Especialidade | | Clinica |
| CIRURGIA GERAL | | |
| Classificação de risco | | Origem do paciente |
| | | RESIDENCIA |
| Caráter de atendimento | Motivo do atendimento | Detalhe do acidente |
| | ACIDENTE DE MOTOCICLETA | MOTOCICLETA X CARROS |

Indicadores e Transporte

| | | | |
|---------------------|----------------|-------------------|--------|
| Caso policial | Plano de saída | Vôo de ambulância | Parada |
| Não | Não | Não | Não |
| Mais de transporte | | | |
| RESGATE - BOMBEIROS | | | |

Sinais Vitais

PA 120 x 90 mmHg

Pulse 47 Temperatura 36,4

Exames complementares

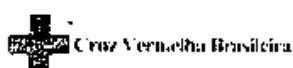
Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] ECG [] Ultrassonografia []

Dados clínicos

análise sanguínea: quebra de molde com artilharia.
ex. fratura exposta estremoz.

Diagnóstico

Atendido por
ANA CARLA FELICIANO DA SILVA



Hospitäl Estadual de Emergência e Trauma
Senator Humberto Lucena



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 58031000

Tel:

CNES: 6121221

| | | | |
|---|--|---|--|
| Paciente HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR | BAE 1080438 | Data/Hora Entrada 07/05/2018 13:32:56 | Data Saída |
| Data de nascimento 08/05/1988 | Idade 31a 11m 28d | Sexo Masculino | CNS 210100978670015 Telefone de Contato (83) 86062797 |
| Mãe SILVANA DE OLIVEIRA SILVA | | | |
| Endereço Pastor José Severino de Oliveira, 251 | Bairro Olizéiro | Município JOÃO PESSOA | UF PB |
| Acidente MOTOCICLETA X ONIBUS | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional EDUARDO MOTTA BRAGA | INF Cons. Região j7253/PB |
| Data/Hora Classificação 07/05/2018 13:32:56 | | Data/Hora Prescrição 07/05/2018 13:40:10 | |

Anamnese

ACIDENTE MOTOCICLETA SEM TCE
FRATURA EXPOSTA MEMBRO INFERIOR DIREITO
DOR OMBRO DIREITO

ABD: FLACIDO, INDOLOR
TORAX: SEM ALTERAÇÕES
NEURO: SEM ALTERAÇÕES

CD: RX TRAUMA
AVALIAÇÃO ORTOPEDIA
ALTA CIRURGIA GERAL

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE Perna Direita

RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO(TRES POSICOES)

CID10

| Código | Descrição |
|--------|------------------------------|
| T14.9 | Traumatismo não especificado |

Conduta

Em observação

Eduardo Motta 11-11
Dr. Geral / Urologia
CRM-PB 7253 / CM-24159

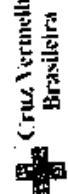
HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

EDUARDO MOTTA BRAGA
(: 7253/PB)



Boletim registrado por ANA CARLA FELICIANO DA SILVA em 07/05/2018 13:34:39





Cruz Vermelha HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR H

10501-025

Brasília

| | |
|----------|----------------|
| Data: | 07/05/18 14:45 |
| Usuário: | TORIBIO GOMES |
| Boleto: | 10880438 |



PRESCRIÇÃO MÉDICA

| Name | Dia de | Idade | Sexo | Nº | Nº Frontalário | Data Prescrição |
|------------------------------------|--------------------|-------------|-----------|---------|---|---------------------|
| HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR | 09/05/1986 | 31a 11m 28d | MASCULINO | 1080438 | | 07/05/2018 14:45:12 |
| Motivo do Aendimento | Enfermaria / Leito | | | | Validade da Prescrição | |
| Convenio | | | | | 07/05/2018 14:45:00 - 08/05/2018 14:45:00 | |
| SUS | | | | | Senha | |

| Name do medicamento | Dose | U.M. | Orientação de Uso | Via de | Venc. Inf. | Pos | Apresentação |
|-----------------------------------|--------|------|--------------------|--------|------------|-----|----------------------|
| 1 CEFALOTINA 1G | 2000.0 | MG | Observação: 2 G EV | E.V. | | | AGORA |
| 2 CETOPROFENO 100 MG | 100.0 | MG | | E.V. | | | AGORA |
| 3 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML) | 2.0 | ML | | E.V. | | | 01 dia Maior de 2018 |

07/05/2018 14:45:12
CNPJ: 01.111.111/0001-11
CRM: 6350
OAB: 111.111-1
Data da assinatura e Catrimbo do Profissional



TORIBIO GOMES PEREIRA
CRM: 6350





CERTIDÃO

Nº. 1315/2018

Atendendo solicitação de HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JR e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 126986 e Prontuário de Nº 2017.08.001265, pertencentes a HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JR que foi atendido dia 10/05/2018 às 08H30min, vítima de colisão moto x ônibus, apresentando trauma em perna direita.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta da tibia proximal direita. Realizado procedimentos cirúrgicos dias 07/05/2018 e 22/05/2018, com alta médica dia 24/05/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira , Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 26 de setembro de 2018

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 2959





N. 692 FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

| | | |
|-------------|---------------------|---------------------|
| Ficha nº | Data do Atendimento | Hora do Atendimento |
| Paciente | Sexo / / Idade | |
| Documentos | End | Nº |
| Bairro | Cidade | UF CEP |
| Pai | Mae | Procedência |
| Responsável | | |
| Telefone | Celular | Clinica |

Henrique Francisco da Silva Júnior
2820847 R. Almirante Montanez 30012-000
Altos dos moinhos 1.653-000
Henrique Francisco da Silva
máe.
5 3750-2840.

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

- Aparentemente Bem Regular Grave Politraumatizado Convulso
 Agitado Dispnéia Chocado Hemorrágico

Acidente de Trabalho? Sim Não

HISTÓRIA



EXAME FÍSICO

| | | | |
|------|----|-------------|------------|
| P.A. | P脉 | Temperatura | Respiração |
| | | | |

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

MEDICAÇÃO PRESCRITA:

Omeprazol 20mg + Clopidogrel 75mg

PROCEDIMENTO REALIZADO:

ALTA MEDICA: Data: / / Hora: :
 INTERNAMENTO TRANSFERÊNCIA

OBSERVAÇÃO:

Silvana da Oliveira da Silva

ASSINATURA DO PACIENTE

ASS. MÉDICO / CARIMBO

A CARGO DO SUS

| PROCEDIMENTO | ESP. | TIPO | GRUPO | F.ETARIA |
|---------------------|---------|---------|---------|----------|
| [] [] [] [] [] | [] [] | [] [] | [] [] | [] [] |
| [] [] [] [] [] | [] [] | [] [] | [] [] | [] [] |

REVISOR/CARIMBO



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA Ficha Nr: 126986 Atd: Nao Regulac
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY Data: 10/05/2018
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N Hora: 08:30:11
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83)3214-1980 Repcionista: GEOVANA DO SANTOS
FAX: () - CNPJ: Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE Num. de vezes atendido: 2

Nome: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR Num. Prontuario: 2017.08.001265

CNS: 704603106505828 Sexo: M IDENTIDADE: 2920847 Fone: 986062797

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 09/05/1986 Id: 32 ano(s)

End.: RUA PASTOR JOSE SEVERINO DE OLIVEIRA,251

Bairro: OITIZEIRO Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: SILVANA DE OLIVEIRA SILVA Pai: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUTONOMO Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade: NAO INFORMADO

Resp.: ESPOSA-JULIANA FERREIRA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOCICLISMO MEIO DIA

Vitima de violência por: JOSE AMERICO CONDUTOR N BEBEU

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

| | | |
|------------------|---------|------------------------------------|
| PA: | FR: | [] Aparentemente Bem [] Grave |
| FC: | TP: | [] Politraumatizado [] Convulsao |
| Peso: | Altura: | [] Hemorragia [] Dispneia |
| Glicemia: | IMC: | [] Diarreia [] Agitado |
| Circ. Abd: | O2%: | [] Regular [] Chocado |
| Queixa Principal | | [] Vomito Observacao |

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)



Diagnóstico

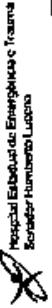
| Conduta

Prescrição

| Horário da medicacão

|
|





Digitized by srujanika@gmail.com



GOVERNO
DA PARAÍBA



ପ୍ରାଚୀନ ଶାସକିରେ



ફરીન નાલદુખ પ્રાલેખા



ପ୍ରାଚୀନ ଶାସକିରେ



Receitaário

Paciente:HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA-JUNIOR
Data:07/05/2018 14:53:04 Sexo:Masculino CPF:Não Informado
Idade:31 BAE:1080438

**PACIENTE APRESENTANDO FRACTURA DA EXTREMIDADE PRÓXIMAL DA TIBIA DEXPOSTA.
AO ORTOGRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO**

FEITO : TRAMAL 100MG, CETOPROFENO 100MG, DIPIRONA 1G, CEFALOTINA 2G

Dr. Toríbio Gomes Pereira
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
R\$... < 350

Dr. TORIBIO GOMES PEREIRA
6350/PB

Dr. Tarílio Gomes Ferreira
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 6350

Dr. TORIBIO GOMES PEREIRA
6350/PB

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orasés, 1600 - S/N - Cenac - Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Oneste Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:32:05, SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:31:05 Num. 36578386 - Pág. 23
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111211320510100000034919283>
Número do documento: 20111211320510100000034919283



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

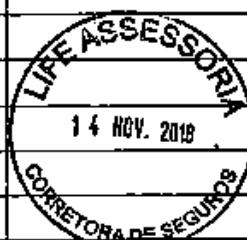
| | | |
|--|---|---|
| Nome: <u>Henrique Francisco Salles</u> | | Data da Admissão: _____ / _____ / _____ |
| Prontuário: | Idade: | Enfermaria: _____ Leito: _____ |
| Nome da Mãe: _____ | | |
| Endereço: _____ | Bairro: _____ | Profissão: _____ |
| Cidade: _____ | Estado: _____ | Fone: _____ |
| Sexo: F () M () Cor: _____ | Estado Civil: _____ | Religião: _____ |
| Escolaridade: _____ | | |
| QPD: _____ | Data de Nascimento: _____ / _____ / _____ | |
| HDA: _____ | + lesão fato de guerra: _____ | |
| Neuromuscular presente/na | | |
| 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 []Palpações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____ | | |
| ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas []Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterite []Constipação []Aumento de volume | | |
| AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematuria []Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____ | | |
| SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades []Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos | | |
| SN e PSQ: []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.



RELATÓRIO DE CIRURGIA

| | | | | |
|---|-----------------|-----------|----------|-----------------|
| Nome: <i>Henrique Francisco da Silveira Júnior</i> | | | | Registro: |
| Idade: | Sexo: | Cor: | Clinica: | EMP: LR: |
| Data: | Cirurgião: | | | 1º Assistente: |
| 2º Assistente: | 3º Assistente: | | | Instrumentador: |
| Anestesista: | Tipo Anestesia: | | | Horário: L: T: |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fx exposto lobo prostático D.</i> | | | | CID |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO <i>Onco</i> | | | | CID |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) <i>Turcas externas</i> | | | | CÓDIGO |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| 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 | | | | |

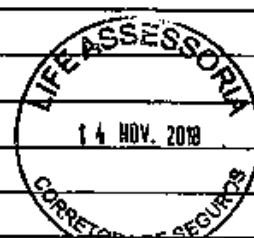




RELATÓRIO DE CIRURGIA

| Nome: <u>HENRIQUE FRANCISCO DA S.</u> | | | | Registro: <u>S. 2018</u> |
|---|-------------------------------|---|-----------------------------------|--------------------------|
| Idade: <u>22</u> | Sexo: <u>M</u> | Cor: <u></u> | Clinica: <u></u> | EMP: <u></u> LR: <u></u> |
| Data: <u>22/05/18</u> | Cirurgião: <u>Dr. Pacelli</u> | | 1º Assistente: <u>Dr. Roberto</u> | |
| 2º Assistente: <u>LEONARDO</u> | 3º Assistente: <u>(L)</u> | | Instrumentador: <u>SANTOS</u> | |
| Anestesista: <u></u> | Tipo-Anestesia: <u></u> | | Horário: I: <u></u> T: <u></u> | |
| DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO | | | | CID |
| <u>- Fratura exposta de TÍBIA (noturna) (6)</u> | | | | |
| <u>- com uso de fixador externo</u> | | | | |
| DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO | | | | CID |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) | | | | CÓDIGO |
| <u>- Remoção de fixador externo</u> | | | | |
| <u>- Realizado osteossíntese em TIBIA (7)</u> | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| Acidente durante Ato Cirúrgico | | 1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não | Descreva: | |
| Biópsia de Congelação: | | 1 (<input type="checkbox"/>) Sim 2 (<input checked="" type="checkbox"/>) Não | | |
| Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (<input checked="" type="checkbox"/>) Enfermaria 2(<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3(<input type="checkbox"/>) Residência 4(<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico | | | | |

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



DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- 1) PACIENTE E DDH SÓS ANESTESIA GERAL
- 2) ASSOLESA + ANTISSSESA
- 3) APOSELADO DE CAMPOS ESTÉTICOS

Incisão:

- 4) FEITA DUAS INCISÕES E PARENTESES
 - ANTERIOR LATERAL
 - POSTERIOR MEDIAL

Achados:

- 5) REALIZADO UMA IMPLÂTU E NEGATIVO DA CISTEOLÍTICA E P/ RETIRADA DE ENXERTO
- 6) ENCONTRADO FRACTURA COMINUTIVA CONDUZIDA AO TÍCIO PRÓXIMO DA TIBIA PROXIMAL + PEDAÇO ÓSSEO
- 7) INTRUSÃO ABERTA
- 8) FIXAÇÃO DA FRACTURA COM DUAS PLACAS
 - LATERALMENTE PLACA "T" 8 FUNDOS
 - MEDIALMENTE PLACA "L" 6 FUNDOS + RAMPASOS
- 9) RETIRADO ENXERTO DA CISTEOLÍTICA ESQUADRADA E COLOCADO EM FALHA

Fechamento:

ÓSSEO E RETÍCULO METASTÔSICO NA TIBIA

- 10) SUTURA DOS PLANOS + CURVADO

OBS: N/A DE CORRELAÇÃO

Marcas P/ DR. FACCINI

Data: 22/09/18

Dr. Leonardo Torres

Médico

CRM/PB 10336

MÉDICO CRM

14 NOV. 2010





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Henrique Francisco de
Silva Júnior
Hortoado Neves

Multa para os devidos fins
que o Sr. Henrique Francisco
de Silva Júnior, me entre - re nome
serviço desde o dia 10/05/18,
com Patologia de CTO (582),
aguardando cirurgia ortopédica.

J. Pense
15/05/18

Dr. Fábio Beltrão
Médico
CRM 8413 PB

Assinatura e Carimbo





Sistema Integrado DETRAN
Modulo de Processos
DETPV007 - Consulta Processos por Placa

09/11/18
15:22:35
==> CPL Codata

| | | | |
|--------------|--|-------------------------------|-----------|
| Placa QF | PROTÓCOLO : 201400003640512 | TOMBAMENTO : PL_2014.0990.023 | |
| Processo | REQUERENTE: HENRIQUE FRANCISCO DA S JUNIOR AR: | | |
| ----- | CIRETRAN : 00 JOAO PESSOA | LOTE: | |
| X 2014000036 | DATA DA AUTUACAO: 20/08/2014 | HORA DA AUTUACAO: 11:36:15.4 | |
| - 2015000029 | ANO LIC.: 2014 OBS: | | |
| - 2016000029 | | | |
| - 2017000024 | CADASTRAMENTO LOCAL | SITUACAO | MATRICULA |
| - 2018000037 | | | |
| | 20/08/2014 ATENDIM ABERTO | 11805 | |
| | 20/08/2014 ATENDIM ENTRADA/TRIAGEM REALIZADA | 11805 | |
| | 20/08/2014 ATENDIM ASSINATURA CONFIRMADA EM | 11805 | |
| | 20/08/2014 DIG.DES SOLIC ENVIADA PLACATARJ | 99999 | |
| | | | |
| | F7 F8 +PAG F10 Ant F11 | | |
| | PF NAO DEFINIDA. | | |

F3 Volta F7 F8

Assinatura: Nilo Moreira Torres Neto
Chefe da Divisão de
Assessoria de Seguros



Sistema Integrado DETRAN
Modulo de Processos
DETPV007 - Consulta Processos por Placa

09/11/18
15:23:12
==> CPL Codata

Placa QFB6968 Responsavel Ultima Situacao
Processo Motivo do Processo

| Processo | Motivo do Processo | Responsavel Ultima Situacao |
|-----------------|-------------------------------|------------------------------|
| 201400003640512 | PRIMEIRO EMPLACAMENTO | 27/08/2014 LACRAÇÃO REALIZAD |
| 201500002947710 | RENOVACAO ANUAL LICENCIAMENTO | 10/07/2015 SERIE ATRIBUIDA/C |
| 201600002947302 | RENOVACAO ANUAL LICENCIAMENTO | 12/07/2016 SERIE ATRIBUIDA/C |
| 201700002423450 | RENOVACAO ANUAL LICENCIAMENTO | 05/07/2017 SERIE ATRIBUIDA/C |
| 201800003737407 | AQUISICAO DE VEICULO | 27/08/2018 ARQUIVADO |

F3 Volta F7 F8

Antonio Nilo Alves Pereira Melo
Chefe da Divisão de
Licenciamento de Veículos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180537312 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA **Data do acidente:** 07/05/2018 **Seguradora:** MONGERAL AEGON
JUNIOR

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 joelho | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R\$ 1.687,50 |
| Total | | | 12,5 % | R\$ 1.687,50 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Hony que Franchino da Silva Júnior
 DATA DO ACIDENTE 05/04/2019 CPF DA VÍTIMA 056.444.364-23
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Honrique da Silva Júnior
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARÂNTESCO COM
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Post José Sauer nº 01 apto.
 Nº 251 COMPLEMENTO C602 BAIRRO 01º Juiz de Fora
 CIDADE Juiz de Fora UF MG CEP 58088-785
 E-MAIL AKTS.JUSSO@GMAIL.COM TELEFONE (33) 98606-2797

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO INL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- (X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INL, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INL (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA.

- (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- (X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CHEQUE DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como cópia de FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- * MORTE = R\$ 13.500,00
- * INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DA LESÃO E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- * DESSES MÉDICOS (DAMS) = REembolso ATÉ R\$ 1.700,00 (REembolso), ESTE VALOR VARIA CONFORME A MÉDICA (DAMS).
- * O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COM OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODER SER PAI OU MÃE

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECIBUÍDO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como cópia de FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

- * MORTE = R\$ 13.500,00
- * INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00 ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DA LESÃO E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- * DESSES MÉDICOS (DAMS) = REembolso ATÉ R\$ 1.700,00 (REembolso), ESTE VALOR VARIA CONFORME A MÉDICA (DAMS).
- * O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COM OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

- RESPONDEU PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA _____
- DATA 14/11/2018 IDENTIDADE 2920844 ASSINATURA Jeroni que Frane bbe do Sibrua Júnior
- DATA 14 NOV. 2018 NOME Corretora de Seguros ASSINATURA Assinatura da Corretora de Seguros

ID

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180537312 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA **Data do acidente:** 07/05/2018 **Seguradora:** MONGERAL AEGON
JUNIOR

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 joelho | 25 % | Em grau intenso - 75 % | 18,75% | R\$ 2.531,25 |
| | | Total | 18,75 % | R\$ 2.531,25 |



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0414363/18

Vítima: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

CPF: 056.447.364-23

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/05/2018

Titular do CPF: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR : 056.447.364-23

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/11/2018
Nome: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR
CPF: 056.447.364-23

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018
Nome: SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA
CPF: 614.058.096-04

HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:32:05, SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:31:05 Num. 36578386 - Pág. 35
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111211320510100000034919283>

Número do documento: 20111211320510100000034919283



()



Buscar no site



A COMPANHIA SEGURO DPVAT PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS SALA DE IMPRENSA TRABALHE CONOSCO CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados ao Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3180537312 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIFE ASSESSORIA E CORRETORA DE SEGUROS LTDA

BENEFICIÁRIO HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

CPF/CNPJ: 05644736423

Posição em 31-07-2019 11:46:41

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|-------------|
|-------------------|----------------------|------------------|-------------|

| | | | |
|------------|--------------|----------|--------------|
| 29/11/2018 | R\$ 1.687,50 | R\$ 0,00 | R\$ 1.687,50 |
|------------|--------------|----------|--------------|

Histórico das correspondências enviadas

| Data da Carta | Referência | Ver Carta |
|---------------|-------------------|---|
| 17/11/2018 | Aviso de Sinistro | (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/Xz4Bg13vDaMbnx7eeWXTvg==api_key=ojQ3WIRpxnExqb6Kfd3Bd0RbU__h__bl16mYOyoZRg2g8=) |

[Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT](#)



31/07/2019

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

- › Chat - Atendimento On-line ([/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line](#))
- › Dúvidas, Reclamações e Sugestões ([/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes](#))
- › Telefones de Contato ([/Contato/telefones-de-contato](#))
- › Ouvidoria ([/Contato/Ouvidoria](#))
- › Canal de Denúncias ([/Contato/canal-de-Denuncias](#))
- › Mapa do Site ([/Mapa-do-Site](#))
- › Consumidor.gov (<https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288>)

Termos de uso e política de privacidade ([/Pages/Termos-de-Uso.aspx](#))





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 14ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08662784020188152001

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

DO LAUDO PERICIAL

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

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

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.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:32:05, SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:31:05 Num. 36578388 - Pág. 1
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111211320573900000034919285>
Número do documento: 20111211320573900000034919285

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelênci, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 10 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:32:05, SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:31:05 Num. 36578388 - Pág. 2
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111211320573900000034919285>
Número do documento: 20111211320573900000034919285