



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
36578385	12/11/2020 11:32	Petição	Petição
36578386	12/11/2020 11:32	2630006_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
36578388	12/11/2020 11:32	2630006_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



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

00020405



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:

0414363-18

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 Nº 445/2012

Nome completo:

HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

CPF:

056.447.364-23

Profissão:

AUTOMOTO

Endereço:

Rua PST Jose Severino de Oliveira

Número:

251

Complemento:

CASA 02

Bairro:

OTIZEIRO

Cidade:

JOÃO PESSOA

Estado:

PB

CEP:

58088-785

E-mail:

ARTSIVOS@GMAIL.COM

Tel.(DDD):

83 98606-7797

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0036

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

60356

(Informar o dígito se existir)

4

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

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

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

☐

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

☐

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

☒

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:

☐

Solteiro

☐

Casado (no Civil)

☐

Divorciado

☐

Separado judicialmente

☐

Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐

Sim

☐

Não

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

Vítima teve filhos?

☐

Sim

☐

Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐

Sim

☐

Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐

Sim

☐

Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não indenizado

Local e Data, João Pessoa, 14/11/2018

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Henrique Francisco da Silva Junior

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

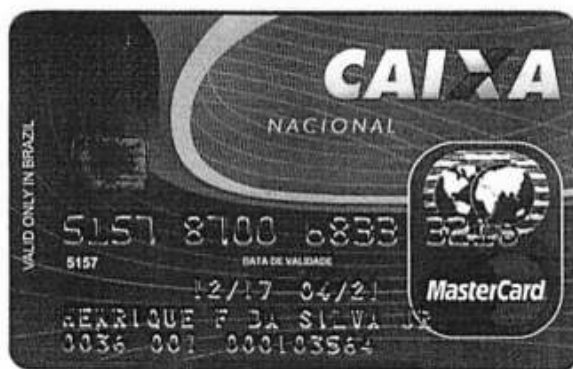
Assinatura

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, sob o ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.







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



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	U F PB		
Data/Ocorrência 07/05/2018	Dia da Semana Segunda-feira	C/S Vítima (QT) Com/01	Natureza do Acidente Choque	Tipo de pavimento Asfalto	Condições/Via Seca	Tempo Bom
Envolvidos no acidente (Quantidade) 02 veículos			Controle de tráfego no local Pista dupla			

CONDUTOR 01

Nome Jolson Batista do Nascimento	Sexo Masculino	Nascimento 01/04/1983	RG 2616938				
Endereço Av. Walhemar 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.F. LTDA					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 013221080548	Renavan N.º 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, Oitizeiro, 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 Condicionado 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 N.º 013220923657	Renavan N.º 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 podendo evitar o acidente.

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia de Conformidade com o Original
Em: 10/06/2018



CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0333 - 2018

VÍTIMA 01

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

Endereço

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

Viagem no Veículo Nº	Usava Cinto
02	

Condição da Vítilma	Conduzida Para
Condutor	Hospital de Trauma

TESTEMUNHA 01

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

Endereço

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

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

VERSÃO 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


EMANOEL TAVARES DA SILVA – Cabo PM
Responsável pelo Levantamento





RECEBIDO
EM: 08/06/18
7/21

EM BRANCO



 <p> POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II) BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT </p>			
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 333 / 2018			
FOTOS DO V2			
<p>FRENTE (V2)</p> 	<p>TRASEIRA (V2)</p> 	<p>LATERAL DIREITA (V2)</p> 	<p>LATERAL ESQUERDA (V2)</p> 
<p> BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO Cópia de Conformidade com o Original EM: <u>14 NOV 2018</u> <u>[Assinatura]</u> <small>ASSINATURA</small> </p>		<p> ASSESSORIA 14 NOV. 2018 CORRETORA DE SEUS <small>SOURCES</small> </p> <p> <u>[Assinatura]</u> <small>Responsável pelo Levantamento</small> </p>	



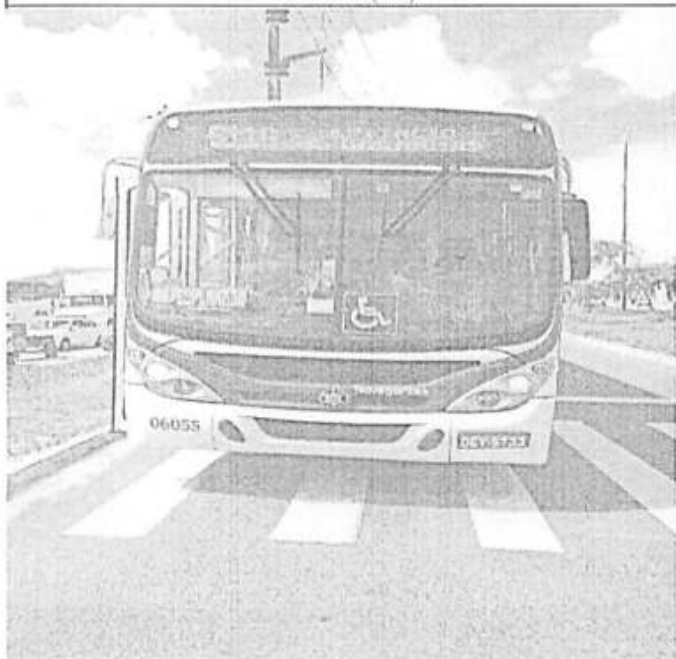
POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



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

[Handwritten signature]





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 – BOAT Nº 0333 - 2018

DANOS NO V2

Marca/Modelo: M.Benz/M.Polo	Placa: OEY 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 longitudinal.	M		x	
09	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longitudinal.	M		x	
10	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longitudinais.	M		x	
11	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longitudinal.	G		x	
12	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longitudinal.	G		x	
13	Chassi com deformação lateral maior que a altura da longitudinal.	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 Montagem.

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

Assinale abaixo o campo correspondente ao dano de maior gravidade

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

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

Dano de Grande Montagem: 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 NAO

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

		Avaliação				Avaliação	
Item	Nome da Peça	Sim	Não	Item	Nome da Peça	Sim	Não
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 (tríciclos)		
04	Coluna de direção		x	Total Geral (Sim + NA)			

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

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



EM BRANCO



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: 0434363-18 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 Nº 445/2012

Nome completo: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR CPF: 056.447.364-23

Profissão: AUTOMOTO Endereço: Rua PST José Severino de Oliveira Número: 251 Complemento: CASA 02

Bairro: OLITEIRO Cidade: JOÃO PESSOA Estado: PB CEP: 58088-785

E-mail: ARTSIVOS@GMAIL.COM Tel.(DDD): 83 98606-7797

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 60356 4

(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.

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 14/11/2018

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Henrique Francisco da Silva Junior

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

14 NOV. 2018

ASSESSORIA
CORRETORA DE SEGUROS

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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





VISTO EM: 20/06/18

Ramon Silva
Comandante do BAPH
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.

JYARMESON DIEGO A. DE SOUSA

2º TEN. - MAT. 527.341-2

Chefe da 3ª Seção



**GOVERNO
DA PARAIBA**

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: caphbbs@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





CAGEPA
COMPANHIA DE ÁGUA E ESGOTOS DA PARAÍBA
Rua Feliciano Cirne, 229 - Jaguaribe 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

CONDIÇÃO DE AGUA/ESGOTO E SERVIÇOS

HENRIQUE FRANCISCO S JUNIOR
RUA PST JOSE SEVERINO DE OLIVEIRA, 251 - CS/02 -
DITIZZEIRO JOAO PESSOA PB 58088-785

Inscrição	SMI	Quantidade de Economias				Responsável
		Residencial	Comercial	Industrial	Pública	
001.013.240.093.000	000	1	0	0	0	
Hidrômetro	Data de Instalação	Localização	Situação Água	Situação Esgoto		
A100F146709	12/07/2010	ENTRADA	ILUADO	FACTIVEL		
ANTERIOR ATUAL CONSUMO (M3) DIA DE DIA PROXIMA LEITURA						
587 — 588 — 1 — 30 — 13/07/2018						
HIST. CONS./ANOR. LEIT. QUALID. AGUA-ABEXO 20 PORT. 05/2017 HS.						
MAI/2018	24	8	PARAMETROS	FETG.	ANALIS.	CONFORMES
ABR/2018	114	8	TURBIDEZ	268	287	284
MAR/2018	3	6	CLORO	268	287	284
FEV/2018	6	0	COL. TERMOI	0	0	0
JAN/2018	7	0	COR	73	113	112
DEZ/2017	5	0	COL. TOTAIS	268	287	287
MEDIA(H)	5		DADOS REFERENTES A: ABR/2018			

DATA DA IMPRESSÃO: 14/06/2018

HORA DA IMPRESSÃO: 10:05:00

DESCRICAÇÃO	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	1 M3	37,91
CONSUMO DE AGUA		
ESGOTO		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	1 M3	30,00
CONSUMO DE ESGOTO		

VALOR APROXIMADO DE TRIBUTOS: R\$ 6,51 PIS E COFINS LEI 12.741/12

VENCIMENTO:

26/06/2018

Total a Pagar:

R\$ 68,24

CONDIÇÃO DE LEITURA: REALIZADA
CONDIÇÃO DO FATURAMENTO: REAL

TIPO DE TARIFA: 1

INFORMAÇÕES GERAIS:

*** ACOMPANHAR COMO ESTA SENDO APLICADO SEU DINHEIRO ***
WWW.TRASPARENCIA.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





Força Aérea Brasileira

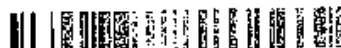


História Clínica - Emergência - Trauma

GOVERNO
DO ESTADO DO PARANÁ

AV. ORESTES LISBOA, 58 - PEDRO GONDIM - CNES: 123042 - Tel: 8332166708

Bolém de Atendimento: 1080438



Identificação do paciente

IO 537848	Nome HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR	Sexo Masculino
Data de nascimento 08/06/1986	Idade 31 anos 11 meses 28 dias	Estado civil Solteiro
Mãe SILVANA DE OLIVEIRA SILVA	Pai HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA	Responsável (Parentesco) JULIANA FERREIRA DE ARAUJO - ESPOS(A)
Escolaridade	DDI País	
ODD Móvel 83	Fone Móvel 95062797	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2920847	Nº ONA 210100978670018
Local de procedência JOSE AMERICO		Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	Cidade

Endereço

CEP 58088795	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro Rua José Severino de Oliveira
Número 251	Complemento		Bairro Oliveira

Admissão

Data e Hora 07/05/2019 13:32:56	Número da pulseira 1000004240258	Convênio SUS
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clinica
Classificação de risco		Origem do paciente RESIDENCIA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTOCICLETA X CARRO

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Transporte Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou	

Sinais Vitais

PA 120 x 40 mmHg	Pulso 47	Temperatura 36,2
---------------------	-------------	---------------------

Exames complementares

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

Dados clínicos: *paciente internado em UTI com monitoramento de função renal e eletrólitos.*

Diagnóstico

Atendido por
ANA CARLA FELICIANO DA SILVA





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DO ESTADO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOÃO PESSOA - PB, 53031-920

Tel:

CNES: 6121221

Paciente HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR	BAE 1080438	Data/Hora Entrada 07/05/2018 13:32:56	Data Baixa
Data de nascimento 09/05/1986	Idade 31a 11m 28d	Sexo Masculino	CNS 210100978670015
Mãe SILVANA DE OLIVEIRA SILVA			Telefone de Contato (83) 86062797
Endereço Pastor José Severino de Oliveira, 251	Beiro Oltzeiro	Município JOÃO PESSOA	UF PB
Acidente MOTOCICLETA X ONIBUS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional EDUARDO MOTTA BRAGA	Nº Cons. Regional 7253/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 DIREITOABD: FLACIDO, INDOLOR
TORAX: SEM ALTERAÇÕES
NEURO: SEM ALTERAÇÕESCD: 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 Braga
Dr. Geral / Urologia
CRM - PB 7253 / OMA - PB 1866

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

2.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?control=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=281754&pesquisa=SS&id=...



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:32:05, SUELIO MOREIRA TORRES - 12/11/2020 11:31:05 Num. 36578386 - Pág. 18

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111211320510100000034919283

Número do documento: 20111211320510100000034919283



Cruz Vermelha
Brasileira

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H

1053-03

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome		Data de		Idade		Sexo		Nº		Nº Prontuário		Data Prescrição	
HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR		09/05/1996		31a 11m 28d		MASCULINO		1080438				07/05/2018 14:45:12	
Motivo do Atendimento		Validade da Prescrição											
		07/05/2018 14:45:00 - 08/05/2018 14:45:00											
		Senha											

Convênio
SUS

Matrícula

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aproximamento
1 CEFALOTINA 1G	2000.0	MG	Observação: 2 G EV	E.V.		AGORA	
2 CETOPROFENO 100 MG	100.0	MG		E.V.		AGORA	
3 DIFENHIDRAMINA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		AGORA	

07 de Maio de 2018

TORIBIO GOMES PEREIRA
CRM: 6350

Assinatura e Carimbo do Profissional
CRM: 6350
TORIBIO GOMES PEREIRA





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





Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
SISTEMA DE TUBOS E BOMBA

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**

Ficha nº	Data do Atendimento	Hora do Atendimento 16:25hs.		
Paciente Henrique Francisco de Silva Junior		Sexo	Dt Nasc 1/1	Idade
Documento 2920847	End R. Raimundo Marques de Souza	UF PE		CEP 29
Bairro Alto do matoz.	Cidade J. Leão			
Pai Henrique Francisco de Silva	Mãe Silvana de Oliveira Silva			
Responsável mãe.	Procedência			
Telefone 9 8750.8840.	Celular	Clínica O Aspetiva		

CONDIÇÕES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO				
<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Grave	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input type="checkbox"/> Convulso
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Dispnéia	<input type="checkbox"/> Chocado	<input type="checkbox"/> Hemorrágico	
Acidente de Trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				

HISTORIA

EXAME FÍSICO			
P.A.	Pulso	Temperatura	Respiração

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

DIAGNOSTICO PROVISÓRIO:

MEDICAÇÃO PRESCRITA: Diazepam 10mg + 100mg 5/5/5/5/5

PROCEDIMENTO REALIZADO:

ALTA MEDICA: Data: / / Hora: : *20/10/2011*

☐ INTERNAMENTO ☐ TRANSFERÊNCIA

OBSERVAÇÃO: _____

ASSINATURA DO PACIENTE

ASS. MEDICO / CARIMBO

A CARGO DO SUS

PROCEDIMENTO	ESP.	TIPO	GRUPO	F.ETARIA
11111111111111111111	1111	1111	1111	1111
11111111111111111111	1111	1111	1111	1111

REVISOR/CARIMBO



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: 126986 Atd: Nao Regulac
Data: 10/05/2018
Hora: 08:30:11
Recepcionista: GEOVANA DO SANTOS
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR Num. de vezes atendido: 2
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 MOTOXONIBUS MEIO DIA
Vitima de violencia por: JOSE AMERICO CONDUTOR N BEBEU
☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

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

Queixa Principal

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

☐ Aparentemente Bem ☐ Grave
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao
☐ Hemorragia ☐ Dispineia
☐ Diarreia ☐ Agitado
☐ Regular ☐ Chocado
☐ Vomito
Observacao

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)



Diagnostico

Conduta

Prescricao

Horario da medicacao





Verständnis, Entschlossenheit der Entscheidung, Teilnahme
Konflikterklärung, Konfliktbewältigung, Lösung

GOVERNHO
DA PARAIBA

of our & our noblest Principles



Repositório Institucional da Universidade de Brasília
 Biblioteca Nacional de Literatura

GOVERNO
DA PARAIBA

Receituário

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

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

**PACIENTE APRESENTANDO FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA D
EXPOSTA.
AO ORTOTRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO**

PACIENTE APRESENTANDO FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA D
EXPOSTA.
AO ORTOTRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO

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

EFECTO: IBAMAI 100MG, CETOPROFENO 100NG, DIPIRONA 1G, CEFALOTINA 2G

Dr. Toribio Gomes Pereira
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia do Joelho
071-2750

Dr. TORIBIO GOMES PÉREIRA
6350/PB

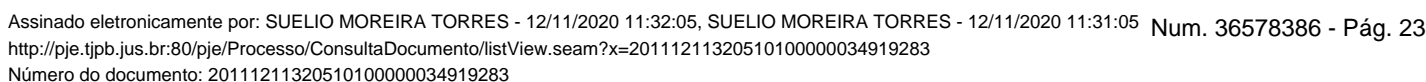
Dr. Toribio Gomes Pereira
Ortopedia - Traumatologia
Clínica do Joelho
CRM: 6350

Dr. TORIBIO GOMES PEREIRA
6350/PB



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

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





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Henrique Francisco Sales Júnior Data da Admissão: 1/11/2018
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Iscolaridade: _____ Data de Nascimento: 1/11/2018
OPD: Ex. exporto tiliu prociat + serão tondia Patilau
HDA: + serão pado de gansa

Neuromuscular preservada

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: ☐ Febre ☐ Astenia ☐ Anorexia ☐ Perda de Peso _____ Kg em _____ ☐ Prurido ☐ Sudorese
☐ Calafrios ☐ Alopecia ☐ Adenomegalias ☐ Icterícia ☐ Tonturas ☐ Outros: _____

Pele:

Cabeça e Pescoço: ☐ Cefaléia ☐ Espirros ☐ Rinorréia ☐ Obstrução Nasal ☐ Epistaxe
☐ Dor de Garganta ☐ Bócio ☐ Rouquidão ☐ Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: ☐ Dor _____ ☐ Tosse ☐ Expectoração ☐ Hemoptise
☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____

ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ 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-reposso ☐ 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.





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	1) PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA GERAL
	2) ASSÉPSIA + ANTISSEPSIA
	3) ALOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
Incisão:	4) FEITA DUAS INCISÕES E PERNAIS - ANTERO LATERAL - POSTERO MEDIAL
Achados:	5) REALIZADO UMA INCISÃO E REGÃO DA CUSTA ILÍACA E P/ RETIRADA DE ENXERTO
Conduta:	6) ENCONTRADO FRATURA COMINATIVA A TRINCO PROXIMAL A TÍBIA PROXIMAL + RUPTURA ÓSSEA
	7) REDUÇÃO ABERTA
	8) FIXAÇÃO DA FRATURA COM DUAS PLACAS - LATERALMENTE PLACA "T" 8 FUR-6 - MEDIALMENTE PLACA "L" 6 FUR-6 + BASTÕES
	9) RETIRADO ENXERTO DA CUSTA ILÍACA ESQUERDA E COLOCADO EM FAULA ÓSSEA A REGÃO METAFISÁRIA DA TÍBIA
Fechamento:	10) SUTURA POR PLANOS + CURATIVO
OBS:	11) RX DE CONTROLE
MARCA P/ DR. PAULO	

Data:

22/05/18

Dr. Leonardo Torres

Médico

MÉDICO/CRM

CRM/PB 10336

14 NOV. 2018

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-364, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Henrique Francisco de
Silva Júnior

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins
que o Sr. Henrique Francisco
de Silva Júnior, encontra-se com
serviço desde o dia 10/05/18,
com patologia de C20 (S82),
aguardando cirurgia ortopédica.

J. Pense

15/05/18

Dr. Fabry Beltrão
Médico
CRM 8413 PB

Assinatura e Carimbo



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

DOC IDENTIFICAD / ORG EMISSOR
2920841 ASP PB

CPF
056.447.364-23 DATA NASCIMENTO
09/05/1986

FUNCAO
HENRIQUE FRANCISCO DA
SILVA
SILVANA DE OLIVEIRA
SILVA

PERMISSAO
NCC CAENAL
AE

Nº REGISTRO
03309877034 VALORADO
09/11/2019 1ª MANUTENCAO
22/06/2004

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV REMUNERADA

Assinatura do Portador
Henrique Francisco da Silva Junior

LOCAL
JOAO PESSOA, PB DATA EMISSAO
17/12/2013

Assinatura do Emissor
Rodrigo Correia/ha 65562366441
PRO27443477

DETRAN - PE (PARNAMIRIM)

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
881706908

PROIBIDO PLASTIFICAR
881706908



Sistema Integrado DETRAN

09/11/18

Módulo de Processos

15:22:35

DETPV007 - Consulta Processos por Placa

=> CPL

Codata

Placa QF | PROTOCOLO : 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 PLACA/TARJ 99999
F7 F8 +PAG F10 Ant F11
PF NAO DEFINIDA.

F3 Volta

F7

F8

Antonio Nilo Assunção Pereira Neto
Chefe de Divisão de
Processos



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

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

Codata

Placa	QFB6968	
Processo	Motivo do Processo	Responsavel Ultima Situacao

201400003640512	PRIMEIRO EMPLACAMENTO	27/08/2014	LACRACAO 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 Antonio Pereira Nelo
Chefe da Divisão 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 SEGUROS E PREV. S/A
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:





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Henrique Francisco da Silva Junior
DATA DO ACIDENTE 05.06.2018 CPF DA VÍTIMA 056.547.364-23
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Henrique Francisco da Silva Junior
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR REPRESENTANTE LEGAL () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua PST José Severino da Oliveira
Nº 251 COMPLEMENTO CS02 BAIRRO Orizineiro
CIDADE João Pessoa UF PB CEP 58088-785
E-MAIL ARTSIVUS@GMAIL.COM TELEFONE (83) 98606-2797

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) 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 IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (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)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

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 RECEITUÁRIO 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 CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO) ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- 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, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 14/11/2018

IDENTIDADE 2920847

ASSINATURA Henrique Francisco da Silva Junior

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 14 NOV. 2018

NOME

ASSINATURA



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 SEGUROS E PREV. S/A
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

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

Data do acidente: 07/05/2018

Titular do CPF: HENRIQUE FRANCISCO
DA SILVA JUNIOR

CPF de: Próprio

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

HENRIQUE FRANCISCO DA SILVA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

SIDNEI ANTUNES DE OLIVEIRA





(/)



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 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





(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



(<https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>)

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)



(<https://www.seguradoralider.com.br>)



(<https://twitter.com/seguradoraliderdpvat>)
(<https://www.youtube.com/channel/UCBvR45tBvU7Tm0d1aTl%3ADder-dpvat>)

Serviços

- › Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- › Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx)
- › Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- › Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- › Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- › A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- › Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- › Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- › Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- › Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- › Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento



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/telefonos-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.



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 Excelência, 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

