



Número: **0800168-96.2019.8.15.0781**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única de Barra de Santa Rosa**

Última distribuição : **13/05/2019**

Valor da causa: **R\$ 4.725,00**

Assuntos: **SEGURO, OBRIGAÇÃO DE FAZER / NÃO FAZER**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE ROCHA DOS SANTOS (AUTOR)		ALYSSON WAGNER CORREA NUNES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (RÉU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
21140659	13/05/2019 23:02	Petição Inicial	Petição Inicial
21140662	13/05/2019 23:02	PETIÇÃO INICIAL	Outros Documentos
21140663	13/05/2019 23:02	PROCURAÇÃO	Procuração
21140664	13/05/2019 23:02	DEC DE HIPOSSUFICIENCIA	Outros Documentos
21140665	13/05/2019 23:02	DOC INDENTIFICAÇÃO E RESIDENCIA	Documento de Identificação
21140666	13/05/2019 23:02	PROVAS	Outros Documentos
21140667	13/05/2019 23:02	DOCUMENTOS DPVAT	Outros Documentos
21436968	27/05/2019 22:40	Despacho	Despacho

PETIÇÃO INICIAL EM PDF.



EXCELENTÍSSIMO SENHOR JUIZ DE DIREITO DA COMARCA DE BARRA DE SANTA ROSA – PB

JOSÉ ROCHA DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF/MF sob número 070.217.414-99 e Registro Geral sob o N.º 2.712.151 2ª via SSP/PB, residente e domiciliada à Rua João Batista Leite, s/n, Bairro Naldo Diniz, na Cidade de Barra de Santa Rosa – PB, por seu procurador signatário (DOC. ANEXO), vem respeitosamente perante Vossa Excelência, propor a presente:

AÇÃO DE COBRANÇA em face de:

SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A., pessoa jurídica de Direito Privado, CNPJ: 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, N.º 74, 5º, 6º, 9º, 14º e 15º andares, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20.031-205, pelos motivos de fato e de direito que passa a expor:

I. DA ASSISTÊNCIA JUDICIÁRIA GRATUITA:

A parte autora é hipossuficiente, encontra-se desempregada, não dispõe de condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem que com isso incorra em prejuízo ao seu sustento e ao de sua família.

Dessa forma, faz-se necessário conceder e desde já se requer, o benefício da **GRATUIDADE DA JUSTIÇA**, com base no que vaticina a Lei nº 1.060/50, art. 98 e seguintes do NCPD, uma vez que o indeferimento de tal benefício impedirá a parte demandante o acesso à justiça. Para comprovação da situação narrada, junta-se aos autos, para apreciação de Vossa Excelência, cópia da carteira de trabalho da requerente.

II. DOS FATOS:

A parte autora no dia 19/09/2017, conforme consta no registro de ocorrência policial (DOC. ANEXO) sofreu acidente de trânsito, estando na situação de piloto, depois de ter perdido o controle da Motocicleta Honda CG 150 ks. Do evento, restou o demandante com acentuadas lesões corporais, inclusive, tendo **FRATURADO O FÊMUR ESQUERDO**.

Posteriormente ao fato, o requerente foi encaminhado para atendimento médico, **sendo diagnosticado com FRATURA NO FÊMUR (CID S72**, inclusive recomendando-se o afastamento de eventuais atividades por prazo por prazo indeterminado.

Ademais, necessitou o segurado, em virtude da fratura sofrida, passar por procedimento cirúrgico de, com a fixação de placas e parafusos, conforme se comprova com documentação anexa.

Pois bem Excelência, em decorrência das lesões sofridas e dos fatores acima expostos, **restou o requerente com acentuada limitação física, além de sentir dores intensas**



e constantes, tem limitação nos movimentos e na força do membro afetado, ou seja, as atividades mais simples do dia a dia, como movimentar a perna, caminhar, praticar algum exercício físico, trabalhar, tornaram-se verdadeiramente, tarefas tormentosas de serem desempenhadas.

A parte autora, sofreu grave fratura no membro inferior - fêmur, passou por delicado procedimento cirúrgico, recomendando-se posteriormente a realização de fisioterapia e afastamento das atividades habituais por prazo indeterminado.

Tanto é verdade, que hoje o autor recebe benefício beneficiário, aposentadoria por invalidez parcial.

Após buscar a reparação do dano ocasionado pelo sinistro, restou o demandante com considerável limitação física, que ainda hoje lhe impede, de forma acentuada a retomar as suas atividades normais, encontra-se debilitado, sente dores, não movimenta a perna com facilidade, sente dificuldades ao erguer, flexionar e realizar qualquer outro movimento com o membro afetado.

Consideráveis foram os prejuízos e as limitações ocasionadas em razão da fratura sofrida, **prejuízo esses que acompanham a requerente até os dias atuais e que possivelmente lhe acompanharão por toda a vida**. Portanto, por questão de Justiça e respeito à previsão legal, o segurado buscou amparo através de pedido de indenização DPVAT junto à **SEGURADORA LÍDER DO CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT**.

Desta forma, ocorrido o acidente de trânsito, sofrendo a parte autora lesões, no caso em tela, **comprovementamente com caráter de invalidez permanente**, faz jus a mesma ao recebimento de indenização do seguro DPVAT/INVALIDEZ.

Preenchendo os requisitos para o recebimento da indenização, conforme já mencionado, o autor encaminhou seu à **SEGURADORA LÍDER**, juntamente com os documentos pertinentes, legalmente previstos e que são costumeiramente solicitados pela ré, requerendo administrativamente a quantia a que faz jus em decorrência do Seguro Obrigatório (DPVAT/INVALIDEZ), a requerente teve seu pedido autuado com o sinistro número **3180228188**.

Certa do recebimento da indenização em conformidade com a gravidade de sua invalidez, a parte autora aguardou resposta da ré. **Tamanha fora a surpresa desta, quando informado do pagamento da indenização, NÃO POR SUA CONFIRMAÇÃO, o que seria inevitável, mas pelo montante pago pela demandada.**

De acordo com documento anexado, a ré efetuou o pagamento de **valor bem a menos do que teria direito, não condizente com a gravidade da lesão sofrida pelo autor e com a invalidez permanente que esta adquiriu**. Ou seja, após análise do pedido feito administrativamente, o requerente recebeu o valor de R\$ 4.725,00 (quatro mil setecentos e vinte e cinco reais), considerando apenas a lesão na base de 35% do valor total da indenização por invalidez permanente.

Tal entendimento e enquadramento apresentado como caracterizador do pagamento, **não é condizente com a previsão legal e com a seriedade da lesão sofrida pelo autor**. O demandante permaneceu com sérias limitações desencadeadas pelas lesões ocorridas no acidente de trânsito, recebeu atendimento que constatou estas, teve acompanhamento médico, passou por procedimento cirúrgico, e mesmo assim, **restou com acentuadas limitações físicas, comprometendo de forma irreversível a**



realização de atividades cotidianas simples, bem como o desempenho de determinadas funções que poderia almejar.

Basicamente, depois do acidente, a perna esquerda do autor, ficou sem seus movimentos naturais, com limitações permanentes, que teria que ser analisada pela seguradora, no valor máximo indenizatório, isto é, na base de 70% do valor da invalidez permanente, que daria um total de R\$ 9.450,00 (nove mil, quatrocentos e cinquenta reais), uma vez que, ocorreu a perda do uso de uma perna. (ver tabela demonstrativa de indenizações para vítimas de DPVAT em anexo)

Conforme se demonstra Excelência, o segurado, por ora autor, juntou ao seu pedido administrativo para recebimento da indenização do seguro DPVAT, certidão de ocorrência policial relatando o acidente de trânsito, ficha de atendimento ambulatorial, documentação médica atestando as lesões, e mesmo assim, teve como resposta da ré, um pagamento ínfimo, não compatível com a sua situação física e nem corretamente enquadrada na tabela de danos segmentares utilizada para este fim.

Dessa forma, resta claro que fora buscado através de procedimento administrativo, solucionar a questão e receber a indenização correta, porém, tudo foi em vão, pois injustificadamente, a demandada efetuou o pagamento de um valor muito aquém do que deveria, não havendo outra forma da demandante alcançar o seu direito a não ser com a intervenção judicial, através da correta quantificação do valor devido e consequente condenação da ré ao pagamento deste.

III. DOS FUNDAMENTOS JURÍDICOS:

Tem-se que a parte autora ajuizou a presente ação fundada no direito assegurado pela Lei nº LEI Nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, prevendo esta, a indenização por danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre.

O seguro DPVAT, comumente conhecido como seguro obrigatório, cumpre importante função social, dando um amparo mínimo às pessoas vítimas de acidente de trânsito. Foram os riscos existentes no trânsito que obrigaram o legislador a estabelecer uma espécie de seguro.

A Lei 6.194/1974 instituiu no sistema jurídico brasileiro o Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre – DPVAT. Posteriormente, a Lei 8.441/1992 veio ampliar a indenização, com o intuito de torna-la mais compatível com o fim ao qual se destina.

Importante citar trecho encontrado no próprio site da demandada in verbis:

O Seguro de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre, mais conhecido como Seguro DPVAT, existe desde 1974. É um seguro de caráter social que indeniza vítimas de acidentes de trânsito, sem apuração de culpa, seja motorista, passageiro ou pedestre. O DPVAT oferece coberturas para três naturezas de danos: morte, invalidez permanente e reembolso de despesas médicas e hospitalares (DAMS).

A atual responsável pela administração do Seguro DPVAT é a Seguradora Líder-DPVAT, que tem o objetivo de assegurar à população, em todo o território nacional, o acesso aos benefícios do Seguro DPVAT. O diretor presidente da



Seguradora Líder-DPVAT, Ricardo Xavier, explica que o procedimento para o recebimento do seguro pelas vítimas de trânsito é simples e alerta para o fato de que não é necessário intermediário para dar entrada no pedido de indenização. “Ninguém melhor que o próprio cidadão para preservar seus direitos. Há seguradoras em todo o Brasil para receber as vítimas de trânsito. Basta apresentar os documentos na seguradora escolhida no prazo de três anos a contar da data da ocorrência do acidente,” afirma.

O pagamento da indenização é feito em conta corrente ou poupança da vítima ou de seus beneficiários, em até 30 dias após a apresentação da documentação necessária. O valor da indenização é de R\$ 13.500 no caso de morte e de até R\$ 13.500 nos casos de invalidez permanente, variando conforme o grau da invalidez, e de até R\$ 2.700 em reembolso de despesas médicas e hospitalares comprovadas. O prazo para solicitar a indenização por Morte ou Reembolso de Despesas Médicas e Hospitalares é de 3 anos a contar da data do acidente. No caso de indenização por Invalidez Permanente este prazo é de 3 anos a contar da ciência da Invalidez Permanente pela vítima.

Os recursos do Seguro DPVAT são financiados pelos proprietários de veículos, por meio de pagamento anual. Do total arrecadado, 45% são repassados ao Ministério da Saúde (SUS), para custeio do atendimento médico-hospitalar às vítimas de acidentes de trânsito em todo país. 5% são repassados ao Ministério das Cidades (DENATRAN), para aplicação exclusiva em programas destinados à prevenção de acidentes de trânsito. Os demais 50% são voltados para o pagamento das indenizações e reservas.

Sendo assim Excelência, fazem jus ao recebimento de indenização coberto **pelo seguro DPVAT**, todas as vítimas de acidente de trânsito que se enquadrem nas hipóteses previstas no art. 3º da Lei 6.194/74.

Cite-se o art. 3º do referido diploma legal in verbis:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente; e

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Dessa forma, comprovado o acidente de trânsito, restando a demandante com lesões que lhe causaram invalidez parcial permanente, é incontestável o direito da mesma ao recebimento de indenização correspondente ao grau de sua invalidez, conforme entendimento do Respeitável Superior Tribunal de Justiça in verbis:

Súmula 474

“A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.”

Para tanto, conforme tabela abaixo, faz-se necessário o correto enquadramento da invalidez acometida pela parte autora, procedimento este a ser alcançado através de perícia médica a ser designada por Vossa Excelência.



(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974, incluído pela Lei nº 11.945, de 2009)

Danos Corporais Totais Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico	Percentual da perda
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	100
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral	
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	
Danos Corporais Segmentares (Parciais) Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais	Percentuais das Perdas
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	25
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço	10

Ante o exposto, em consonância com o previsto na lei 6.194/74, merece acolhimento o pleito autoral, a fim de que seja condenada a parte ré ao pagamento de complementação de indenização do seguro DPVAT à parte autora, **montante este a ser quantificado através de perícia médica e posterior enquadramento da invalidez na tabela de danos segmentares**, ainda, com valor corrigido pelo IGP-M a contar da data do sinistro.

IV. DOS PEDIDOS:

ANTE O EXPOSTO, evidenciados o interesse e a legitimidade da parte autora para o ajuizamento da presente Ação, bem assim a possibilidade jurídica do pedido e preenchidos todos os requisitos da petição Inicial, previstos no artigo 319 do Código de Processo Civil, **REQUER**:



4.1. nos termos da Lei 1.060/50 e Art. 98 e seguintes do Código de Processo Civil, considerando que a parte autora não dispõe dos recursos para custear o processo, sem prejuízo do seu sustento ou de sua família, **os benefícios da assistência judiciária gratuita;**

4.2. Seja recebida a presente, autuada e conforme Art. 246 inc. I do Código de Processo Civil, determine-se a citação da demandada no endereço já citado no preâmbulo desta Ação, através de carta AR/MP na pessoa de seu representante legal, para vir responder, querendo, no prazo legal a presente ação, sob pena de revelia, quando, então ao final, deverão ser julgados procedentes os pedidos;

4.2.1. Conforme previsão no Art. 319 VII do Código de Processo Civil, a parte autora desde já, em virtude da necessidade de realização de perícia médica, manifesta que não possui interesse na realização de audiência de conciliação;

4.3. Se digne Vossa Excelência em nomear perito – **MÉDICO ORTOPEDISTA**, conforme art. 465 do Código de Processo Civil, a fim de que seja ratificada a constatação da invalidez permanente remanescente na parte demandante e posteriormente quantificado o real valor devido a esta;

4.4. Devidamente processado o feito, com o respeito ao devido processo legal, seja a presente ação julgada **PROCEDENTE** para:

4.4.1. Seja declarada devida à parte autora o pagamento da **complementação de indenização** correspondente ao seguro DPVAT – Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre;

4.4.2. Condenar a demandada ao pagamento de complementação de indenização referente ao seguro DPVAT, no valor de R\$ 4.725,00 (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais), com atualização monetária desde o evento danoso. Esta diferença do valor pago administrativamente para o valor que efetivamente deveria ter sido pago, deve ser confirmado através de perícia médica a ser realizada, com posterior enquadramento na tabela de danos segmentares constante no artigo 3º da Lei 6.194/74;

4.4.3. Condenar a ré ao pagamento de custas judiciais e honorários advocatícios a serem arbitrados por Vossa Excelência;

5. Requer ainda, a produção de todos os meios de provas em direito admitidas, especialmente prova pericial, documental e outras que se fizerem necessárias no decorrer da instrução processual.

Dá-se a causa o valor de R\$ 4.725,00 (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais)

Termos em que,

Pede deferimento.

Barra de Santa Rosa – PB, data de inclusão no sistema.

ALYSSON WAGNER CORRÊA NUNES
OAB – PB 17.113



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSE ROCHA DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF sob nº 070.217.414-99, portador da Carteira de Identidade de nº 2.712.151 2ª via SSP/PB, residente e domiciliado no Rua João Batista Leite, s/n, na Cidade de Barra de Santa Rosa - PB

OUTORGADO: ALYSSON WAGNER CORRÊA NUNES, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB-PB sob o nº 17.113, com escritório profissional na Rua Nossa Senhora da Conceição, 12, centro, na cidade de Barra de Santa Rosa-PB, Telefax: (083) 3376-1119 – (83) 91090768 e e-mail: adv.alyssoncorrea@gmail.com

PODERES: Amplos e ilimitados poderes, a fim de que agindo em conjunto ou separadamente, possa defender os interesses e direitos do(s) outorgante(s), nesta cidade ou onde se apresentar, perante qualquer Juízo ou administração, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, em qualquer pleito iniciado ou por se iniciar, em que for autor (a) ou réu(é), oponente ou assistente, propondo ação competente contra quem de direito, requerer benefícios, variar, renovar, desistir e assinar desistência de ações, reconvir, firmar acordo, remir dívidas, prestar compromissos, transigir receber citação, receber valores e dar quitação, prestar declarações, inclusive aqueles que dependam de delegação especial e que não estejam, aqui, expressamente, mencionados, dando tudo por bom, firme e valioso, podendo, também, substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes, podendo inclusive requerer inventário, praticando todos os atos concernente a este fim, podendo inclusive renunciar ao valor que ultrapasse o teto de 60 (sessenta) salários mínimos, podendo ainda prestar declarações.

Barra de Santa Rosa - PB, 10 de novembro de 2018.

Jose Rocha dos Santos
Outorgante



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **JOSE ROCHA DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito no CPF sob nº 070.217.414-99, portador da Carteira de Identidade de nº 2.712.151 2ª via SSP/PB, residente e domiciliado no Rua João Batista Leite, s/n, na Cidade de Barra de Santa Rosa - PB, **DECLARO** que, em razão de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50.

Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo, na forma do art. 98 do Código de Processo Civil.

Barra de Santa Rosa - PB, 10 de novembro de 2018.

Jose Rocha dos Santos





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JOSE ROCHA DOS SANTOS

RG nº 2.712.151, data de expedição 31 / 07 / 2007, Órgão SSDS-PB

CPF nº 070.217.414-99, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	RUA JOÃO BATISTA LEITE
Número	S/N
Apto / Complemento	_____
Bairro	CENTRO
Cidade	BARRA DE SANTA ROSA
Estado	PARAÍBA
CEP	58.170-00
Telefone de Contato	(83) 99109-0768
E-mail	adv.alyssoncorrea@gmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Barra de Santa Rosa - PB, 03 de maio de 2018

Assinatura do Declarante: Jose Rocha dos Santos





GOVERNO
DA PARAÍBA

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

ATESTADO

ATESTAMOS PARA OS DEVIDOS FINS QUE O(A) SR. (A): Yuri Nogueira dos Santos
PORTADOR(A) DA CARTEIRA PROFISSIONAL Nº. _____

SÉRIE _____ ESTEVE INTERNADO(A) NESTA UNIDADE HOSPITALAR SUBMETENDO-SE A
TRATAMENTO ESPECIALIZADO DE ENTIDADE NOSOLÓGICA DE Nº: 572 NO CID. DURANTE
O PERÍODO DE 19 / 09 / 13 A 06 / 10 / 13 NECESSITANDO DE
02 (dois) DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES.

Campina Grande 06 / 10 / 13

Yuri de Paiva Câmara
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 10907
Ass. do Médico - Nº. do CRM

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ autorizo o
Dr., _____ a registrar o diagnóstico
codificado CID ou por extenso neste atestado médico.

Ass. do Paciente ou Responsável

MOD. 060





SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
Jose Rocha dos Santos			
Data da Operação	02/10/17	Enf.	Ortop I
		Leito	9.3
Operador Dr. Fichas		1º Auxiliar Dr. Julio Cesar	
2º Auxiliar		3º Auxiliar	
		Instrumentador	
Anestesia		Tipo de Anestesia	
Diagnóstico Pré-Operatório fr. trans femur e			
Tipo de Operação Ortopédica			
Diagnóstico Pós-Operatório 2 membros			
Relatório Imediato da Patologia Ø			
Exame Radiológico no Ato Sim			
Acidente Durante a Operação Não			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- 1) Reciente em DDI sob anestesia
- 2) Assepsia e antissepsia
- 3) Aplicação de campos estéril
- 4) Redução imediata de fratura sob auxílio de escopi + fixação de fio giriz
- 5) Incisão lateral quadril e por planos + hemostasia + fixação de canal + fixação com placa 9,5 DITS 3 furos + parafusos sob escopi
- 6) Lenz F = $C / SF = 9,1$
- 7) Sutura por planos
- 8) Curativo

Mod 018

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO



Eme... trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes



PEDIDO DE FATURAMENTO

NOME DO HOSPITAL

HOSPITAL DE TRAUMA

CIDADE

C. GILVANDY

TEL / FAX / E-MAIL

NOME DO PACIENTE

JOSE KACIA DOS SANTOS

Nº DO PRONTUÁRIO

1508411

Nº AL. H

COD. PROCEDIMENTO

CONVÊNIO

PROCEDIMENTO REALIZADO

Inst. Plac. de Trauma Transcortical

PRODUTO	REF.	QUANT.	COD. ROMP.
Placa 215 035		01	
Placa 10015 15x 44		03	
Placa 10015 15x 44		01	
Contas Placa		01	
/ /			

DATA DA UTILIZAÇÃO

04/09/2012

DATA DA COMUNICAÇÃO

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

11/11/12

OBSERVAÇÕES

Q. DUS NOS N. 19
C. PL. 4.5 N. 45

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Carlos André da Silva Lima
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN-PB 115.838

Dr. João Carlos Lima
Médico Responsável
CRM 115.838



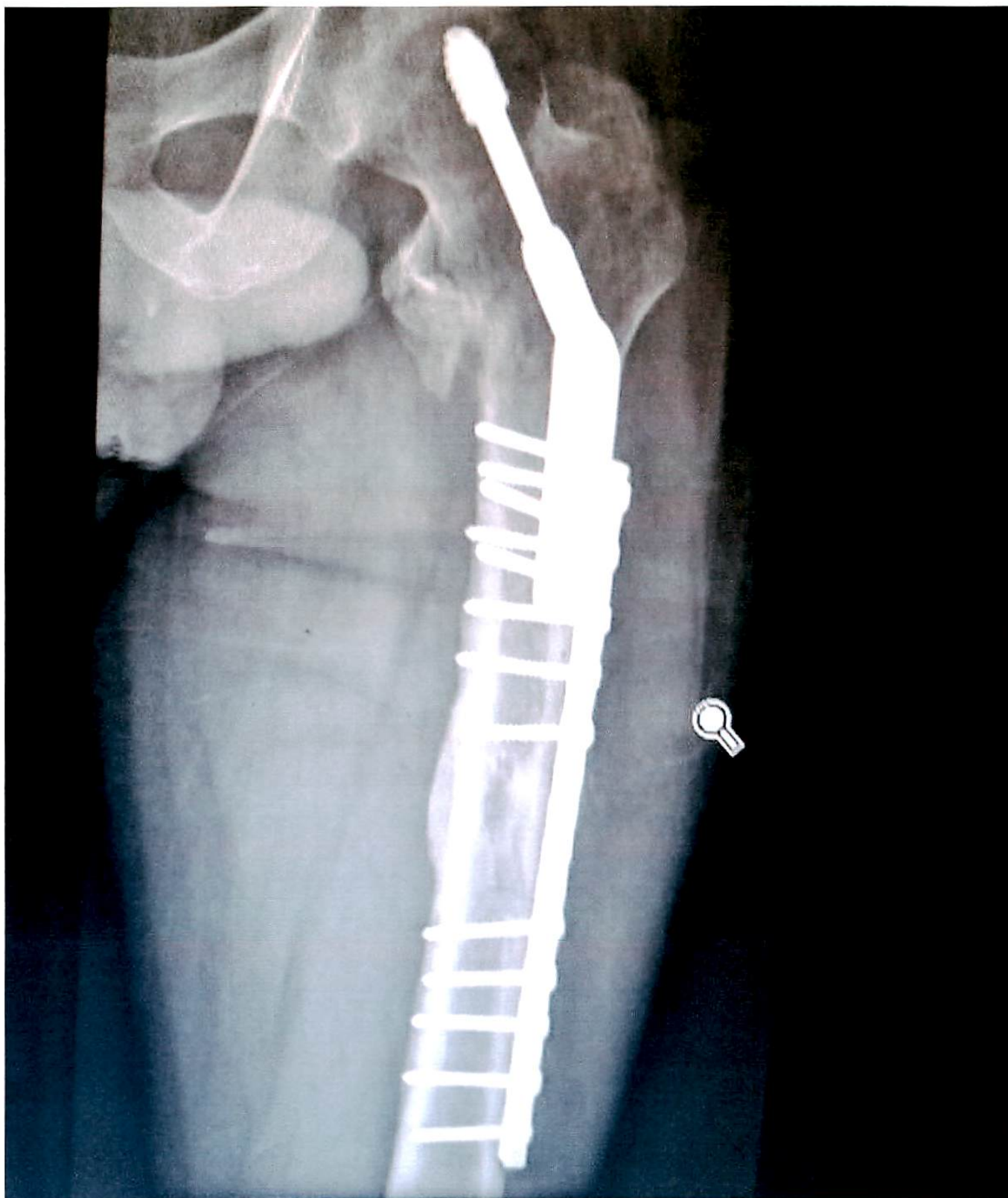


EVOLUÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

[illegible]

MOD. 012





Pré-visualize





GABINETE DO DELEGADO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA VERSANDO SOBRE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO Nº 04/2018

DATA, HORA E LOCAL DA OCORRÊNCIA: 19/09/2017, ÀS 12h00, NA RODOVIA PB-133, NA ENTRADA DO SÍTIO FECHADO, BARRA DE SANTA ROSA-PB.

DATA E HORA QUE A DELEGACIA TOMOU CONHECIMENTO DO FATO: 23/01/2018, AS 17H00.

COMUNICANTE/VÍTIMA: JOSÉ ROCHA DOS SANTOS, brasileiro, casado, 32 anos de idade, nascido em 09/06/1985, natural de Barra de Santa Rosa/PB, filho de João Francisco dos Santos e Maria do Socorro Rocha do Nascimento, Ensino Fundamental Incompleto, RG: 2.712.151 (2ª via) SSDS/PB, e CPF: 070.217.414-99, residente e domiciliado na Rua João Batista Leite, S/N, Centro, Barra de Santa Rosa/PB, fone: 9 9193-1528.

TESTEMUNHA (S):

1ª - DAMIÃO FREIRE SILVA, residente na Rua Manoel Ezequiel de Medeiros, S/N, Barra de Santa Rosa/PB, RG: 26092263 SSP/PB e CPF 039.485.844-19.

2ª - SEBASTIÃO AZEVEDO DE SOUTO, residente na Rua Pedro Justino de Oliveira, S/N, Barra de Santa Rosa/PB, RG: 1033106 SSP/PB e CPF 436.394.794-87.

NARRATIVA: QUE no dia 19 (dezenove) de Setembro do ano de 2017, por volta das 12h00, o comunicante encontrava-se pilotando a MOTOCICLETA HONDA/CG 150 KS, PLACA: KUY 7197/RN, RENAVAL: 00981895492, CHASSI: 9C2KC08108R280956, ANO E MODELO: 2008/2008, COR: PRETA, na Rodovia PB 133, nas proximidades da entrada do Sítio Fechado, zona rural, Barra de Santa Rosa/PB, quando ao pisar no freio, a motocicleta derrapou, tendo o piloto perdido o controle do veículo, vindo a cair ao solo; QUE com o impacto da queda sofreu uma fratura no fêmur esquerdo, tendo sido socorrido por um veículo da prefeitura local até a cidade de Remígio, onde foi transferido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU para o Hospital de Emergência e Trauma de Campina Grande, local em que permaneceu internado por um período de 16 (dezesesseis) dias, onde passou por procedimento cirúrgico; QUE a vítima veio à Delegacia de Polícia desta cidade para Registrar o ocorrido.

PROVIDÊNCIAS ADOTADAS: LAVRATURA DO PRESENTE BOLETIM.

Bel. Décio de Souza Lima Filho
DELEGADO DE POLÍCIA
Mat. 135.521-0 SSP/PB.

AUTORIDADE:

DÉCIO DE SOUZA LIMA FILHO

DELEGADO DE POLÍCIA

COMUNICANTE/VÍTIMA: × José Rocha dos Santos



ECT - EMBRAS. DE CORREIOS E TELEGRAFOS
Ag: 30300000 - A. PAVÃO DE SANTA ROSA
BANCA DE SANTA ROSA PB
CNPJ: 00.3402310/000001 Ins. Est.: 100745500

CONHECEDOR DO CLIENTE

Cliente: : SEGURODESA TUBAR CORREIO SEGU
CNPJ/CPF: : 06249443000104
Doc. Post: : 20404133
Contrato: : 5902260635 Cod. Adm.: 11205709
Cartão: : 62367055

Movimento: : 04/05/2019 Hora: : 09:26:06
Caixa: : 36291825 Matrícula: : 34769181
Lancamento: : 0005 Atendimento: 00005
Modalidade: : A Talonar ID Inquete: : 1467011163

DESCRIÇÃO	QTD	FREQUÊNCIA
SEGURO DE VÁL. AIL 30	1	21/75
Valor do Portador	21,75	
Peso real (g)	304	
CNPJ/CPF Remetente	06249443000104	
Nome Remetente	SEGURODESA TUBAR CORREIO SEGU	
Endereço Remetente	RUA JOSE JOAO BATISTA LEITE	
Cont. Endereço	S/N - 11111111	
Cep Remetente	53111-000	
Cidade Remetente	BOA VISTA DE SANTA ROSA	
UF Remetente	PB	

POSTAL RESPOSTA 300	1	25,000
Valor da Postal (R\$)	25,00	
Cep Destino	50011-200 (R\$)	
Peso real (g)	114	
QTD	0012500000000000	

Postagem ocorrida após o horário limite de postagem (11h) - será acrescentado 1 (um) dia útil ao prazo padrão de entrega

TOTAL DO ATRIBUÍDO R\$ 46,75

Valor declarado no selo postal (R\$)
No caso de objeto com valor
utilize no selo adicional de valor declarado

A TALONAR

Reconheço a prestação dos serviços acima prestados, com qual(is) parcelar mediante apresentação de futura(s) valores constantes deste contravale podendo sofrer variações de acordo com as cláusulas contratuais.

Nome: : RG:
Ass. Responsável: : _____

Postagem ocorrida após o horário limite de postagem (11h) - será acrescentado 1 (um) dia útil ao prazo padrão de entrega

SERV. POSTAIS DEB. PÓS-1 DE VAL. 111.053873

Encomenda com indicação ou esferográfica
implica cobrança adicional de R\$ 20,00

VIA-CLIENTE : SARA 7.8.01





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE ROCHA DOS SANTOS
DATA DO ACIDENTE 19/09/2017 CPF DA VÍTIMA 070.217.414-99
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTA LEITE
Nº S/N COMPLEMENTO BAIRRO CENTRO
CIDADE BARRA DE SANTA ROSA UF PB CEP 58.170-000
E-MAIL adv.alyssoncorrea@gmail.com TELEFONE (83) 9 9109-0768

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALEZ 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)
(X) 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 INVALEZ 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 CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALEZ 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 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) 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

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALEZ 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03/05/2018

IDENTIDADE 2.712.151 - SSP/PB

ASSINATURA Des. R. Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 03/05/2018

NOME Jose Lucas Lima Tuto

ASSINATURA CH ACP Bara da Sta. Rosa/PB



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE ROCHA DOS SANTOS
DATA DO ACIDENTE 19/09/2017 CPF DA VÍTIMA 070.217.414-99
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTA LEITE
Nº SIN COMPLEMENTO _____ BAIRRO CENTRO
CIDADE BARRA DE SANTA ROSA UF PB CEP 58.170-000
E-MAIL adv.alyssoncorreia@gmail.com TELEFONE (83) 9 9109-0768

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 IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () 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
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (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 - 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 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) 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

- 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, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03/05/2018

IDENTIDADE 2.712.151 - SSP/PB

ASSINATURA Jose R. Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

070.217.414-99

Nome completo da vítima

JOSÉ ROCHA DOS SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE ROCHA DOS SANTOS		CPF titular da conta 070.217.414-99	Profissão GARÇON
Endereço RUA JOÃO BATISTA LEITE		Número S/N	Complemento
Bairro CENTRO	Cidade BARRA DE SANTA ROSA	Estado PARAIBA	CEP 58.170-000
Email adv.alyssoncorrea@gmail.com			Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

- ☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA NRO. **1668** D/V ☐
 (Informar dígito se existir)

CONTA NRO. **00029028** D/V **6**
 (Informar dígito se existir)

- ☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome NRO
 AGÊNCIA NRO. D/V ☐
 (Informar dígito se existir)

CONTA NRO. D/V ☐
 (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

BARRA DE SANTA ROSA - PB, 03 de MAIO de 2018
Local e Data

Jose Rocha dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima
JOSE ROCHA DOS SANTOS

CPF da Vítima
070.217.414-99

Data do Acidente
19/09/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

BARRA DE SANTA ROSA-PB, 03 de MAIO de 2018

Local e Data

Jose Rocha dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2018

Carta nº: 13050909

A/C: JOSE ROCHA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180228188
Vítima: JOSE ROCHA DOS SANTOS
Data do Acidente: 19/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE ROCHA DOS SANTOS

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 104

Agência: 000001668

Conta: 000000029028-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0027300274 - carta_15R - INVALIDEZ



Poder Judiciário da Paraíba
Vara Única da Comarca de Barra de Santa Rosa

0800168-96.2019.8.15.0781

DESPACHO

1. Não havendo nos autos elementos que evidenciem a falta dos pressupostos legais para a concessão de gratuidade, DEFIRO o pedido de justiça gratuita, sem prejuízo de sua impugnação, na forma do art. 100, do NCPC.

2. Em que pese o contido no art. 334, do NCPC, tem-se que a prática forense tem revelado que a demandada não costuma promover autocomposição, antes da realização da prova pericial.

3. Desse modo, torna-se infrutífera a designação de audiência de conciliação, quando já visualizada a sua não realização. Ademais, a designação desse ato, quando improvável a sua realização, atenta frontalmente contra o princípio da celeridade processual. Assim, deixo de designar a dita audiência.

4. Nesse passo, CITE-SE o réu para que, no prazo de 15 (quinze) dias, apresente resposta.

Intimações necessárias.



Barra de Santa Rosa(PB), data e assinatura eletrônica.

FÁBIO BRITO DE FARIA

Juiz de Direito

