



Número: **0800483-95.2019.8.15.1211**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Mista de Cabedelo**

Última distribuição : **18/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA (AUTOR)		RENAN DE CARVALHO PAIVA (ADVOGADO) FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO) RUY NEVES AMARAL DA ROCHA (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
40380003	09/03/2021 10:31	Petição	Petição
40380010	09/03/2021 10:31	2691283_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_A_nexo_02	Outros Documentos
40380014	09/03/2021 10:31	2691283_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO





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

Rio de Janeiro, 24 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190288454

Vítima: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01175/01176 - carta_01 - INVALIDEZ

00030588



Carta nº 14235747





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

Rio de Janeiro, 14 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190288454

Vítima: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

Data do Acidente: 27/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000036**

Conta: **00000094843-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00579/00580 - carta_15R - INVALIDEZ



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 138.748.524-58 Nome completo da vítima: Lucas da Silva Pereira da Costa

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

Nome completo: Lucas da Silva Pereira da Costa CPF: 138.748.524-58

Profissão: Peixeiro Endereço: Rua Elvino Lopes de Mendonça Número: 230 Complemento: 930

Bairro: Centro Cidade: Salvador Estado: BA CEP: 41.355-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): 71 98708-8728

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO 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: _____

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 024-843 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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) ☐ 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: _____ 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 alfabetizado
Local e Data: João Pessoa, 23/04/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lucas da Silva Pereira da Costa
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, A SEU 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.



Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado, Ap

113-485171476-8

23/ABR/2019 HORA DE 11:10:11

LOT. 13.004572-1 TERM 000188

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 0036 CONTROLE: 113401545

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

AGENCIA: 0036

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 000.000.094.843-6

DATA DA ABERTURA: 23/04/2019

LOTerias CAIXA

113-485171476-8

19 VIA 4437 reche /





DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA



GOVERNO
DA PARAÍBA
Secretaria de Estado da
Segurança e Defesa Social

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

23 ABR. 2019

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00107.01.2019.1.05.101

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00107.01.2019.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:39 horas do dia 11 de abril de 2019, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Lucas da Silva Pereira da Costa**, conhecido(a) por Oreia, CPF nº 138.748.524-58, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Autônomo, filho(a) de Lindomar da Silva Pereira e Rogaciano Nogueira da Costa, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 17/02/2000 (19 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Elísio Lopes de Mendonça, Nº S/N, complemento CASA, bairro Centro, tendo como ponto de referência Na Rua Por Trás da Delegacia Desta Cidade, na cidade de Lucena/PB, telefone(s) para contato (83) 99388-7844.

Dados do(s) Fatos:

Local: Via Pública Na Localidade de Ponta de Lucena, Lucena/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 27/10/18 03:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **CPB ART. 129 CAPUT C/C ART. 18 INC. I: LESÃO CORPORAL DOLOSA, CPB ART. 129 CAPUT: LESÃO CORPORAL, CPB ART. 129 § 1º: LESÃO CORPORAL DE NATUREZA GRAVE.**

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo CG 150 FAN ESI, marca HONDA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2013/2013, placa OGA-3204, chassi 9C2KC1670DR017494, renavam 0053356230-9, características gerais: Nº. C.r.l.v.: 9825245242; nº. P.r.t.: 20130000134670-7; nº. Lacre: 0038836564; categoria: Particular; combustível: Flex; placa Anterior: Nova; placa Atual: Lucena/pb; alienação Fiduciária: A. F. Administradora de Consórcio Nacional Honda L.t.d.a.; em Nome de Eleonaldo da Silva Pereira.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

TRAFEGAVA PELA VIA PÚBLICA DANDO CARONA PARA UM AMIGO CONHECIDO PELA ALCUNHA DE "CHICA", QUANDO PERDEU O CONTROLE DO SEU VEÍCULO JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA, VINDO A SE ACIDENTAR E SE MACHUCAR, SENDO NECESSÁRIO A REMOÇÃO E SOCORRO DO MESMO PELA EQUIPE DOS BOMBEIROS DA CIDADE DE GUARABIRA/PB PARA AQUELA CIDADE E DEPOIS O MESMO FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA DA CIDADE DE JOÃO PESSOA/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA AVALIAÇÕES MÉDICAS E PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL E ASSINADO PELO MÉDICO EWERTON NORONHA TEIXEIRA, C.R.M.: 2516/PB, POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTÁ DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI.

ADENDO(S):

Que na data 11/04/2019, à(s) 12:51 horas, na Delegacia de Comarca de Lucena, sob a responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, compareceu o(a) noticiante para realizar o seguinte adendo: **O ACIDENTE FOI NA LOCALIDADE DE PONTA DE LUCENA NA COMARCA DE LUCENA/PB E FOI SOCORRIDO E REMOVIDO PELA VIATURA DO SAMU DA CIDADE DE LUCENA/PB PARA AQUELE REFERIDO HOSPITAL JÁ DESCRITO ANTERIORMENTE ACIMA..** Adendo registrado por: Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula: 1573560.

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-0

Procedimento Policial: 00107.01.2019.1.05.101

Lucas da Silva Pereira da Costa 1/2



DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



GC
DA
Secretaria
Segurança e

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais do Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente referida é verdade. Dou fé.

Lucena/PB, 11 de

ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-F

LUCAS DA SILVA PEREIRA DANTAS
Noticiante



Procedimento Policial: 00107.01.20



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: _____ CPF da vítima: 138.748.524-58 Nome completo da vítima: Lucas da Silva Pereira da Costa

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

Nome completo: Lucas da Silva Pereira da Costa CPF: 138.748.524-58

Profissão: Peixeiro Endereço: Rua Elvino Lopes de Mendonça Número: 230 Complemento: Casa

Bairro: Centro Cidade: Salvador Estado: BA CEP: 41.355-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (71) 98708-8728

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: _____

AGÊNCIA: 0036 CONTA: 024-843 6
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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) ☐ 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: _____ 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 alfabetizado

Local e Data: João Pessoa, 23/04/2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Lucas da Silva Pereira da Costa
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, A SEU 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.



Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

INA: sorteios de segunda-feira a sábado, Ap

113-485171476-8

23/ABR/2019

HORA DE 11:10:

TERM 000188

LOT. 13.004572-1

LOCALIDADE: JOAO PESSOA

AG. VINCULADA: 0036

CONTROLE: 113401545

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

AGENCIA: 0036

OPERACAO: 013

CONTA-DV: 000.000.094.843-6

DATA DA ABERTURA: 23/04/2019

LOTerias CAIXA

113-485171476-8

19 VIA 4437 reche /





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA	BAE 1118169	Data/Hora Entrada 27/10/2018 04:24:21	Data Baixa
Data de nascimento 18/02/2000	Idade 18a 8m 9d	Sexo Masculino	CNS
Mãe LINDOMAR DA SILVA PEREIRA			Telefone de Contato (83) 986716526 / (83) 988249805
Endereço ELISIO LOPES DE MENDONÇA, SN	Bairro CENTRO	Município LUCENA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional CARLOS MAGALHAES FRANCA	Nº Cons. Regional 3792/PB
Data/Hora Classificação 10/2018 04:24:21		Data/Hora Prescrição 27/10/2018 05:06:08	

Anamnese

PCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO+CONSCIENTE E ORIENTADO+
COM QUEIXAS DE DORES EM PUNHO ESQ+FRATURA EXPOSTA EM
PERNA DIREITA

MEDICAÇÃO

SOLUÇÃO DE RINGER LACTATO SISTEMA FECHADO (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V., CONTINUA, 0.0
(MGTSM)

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)

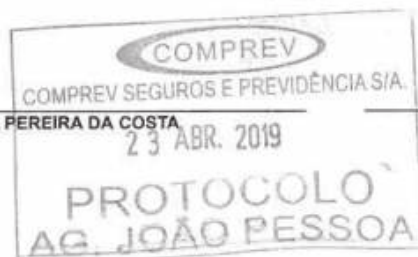
RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação



Dr. Carlos Magalhães Franca
CRM-PB 004792
CARLOS MAGALHAES FRANCA
(: 3792/PB)

Boletim registrado por: JOSEVALDO DA SILVA em 27/10/2018 04:25:29

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:	07/05/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	2.362,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00036

CONTA: 000000094843-6

Nr. da Autenticação A10B1103F45D6442



MARIA DA PENHA PEREIRA
RUA ELISIO LOPES DE MENDONÇA, 218 - CENTRO
LUCENA / PB CEP: 59315000 (AG 1)



Ligação MONOFÁSICO
Cte/Sbc RES MTC B1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Rotômetro 10 - 11 - 645 - 862 Referência Abr/2019
Medidor 00000473415 Emissão 15/04/2019

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
B-120, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 51071-600
CNPJ 08.095.162/0001-40 Insc. Est. 10.015.823-0

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica Nº 022 409 013
Cod. para Dig. Automático: 0000228 7342

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Abr/2019	16/04/2019	16/05/2019	281.865.834-91 Insc. Est.

UC (Unidade Consumidora): 5/226734-2

Canal de contato

Declaração de Quitação Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 29 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2018 e nos anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere, e dos anos anteriores.
Acesse os nossos perfis nas redes sociais? Siga a gente no Facebook, Twitter, Instagram, LinkedIn e YouTube para acompanhar as nossas novidades, como dicas de economia e segurança, orientações sobre serviços, informações sobre investimentos, oportunidades de trabalho e muito mais!

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
15/03/18	20777	16/04/19	31018	1	239	32
Demonstrativo						
CCl	Descrição	Quantidade	Tarifa	Valor Base Calc.	Ala. Juros (R\$)	Base Calc. Fc (R\$)
			Tributos Totais (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	Par. Cotagem (R\$) (1.0545%) (4.9065%)
0801	Consumo em kWh	239,000	0,554400	204,20	204,20	27
	LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			95,13	204,20	2,21
0807	CONTRIB SERV LUM PUBLICA	19,20	0,00	0,00	0,00	0,00
0804	JUROS DE MORA 02/2019	7,12	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	MULTA 02/2019	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0805	ATUALIZAÇÃO MONETARIA 02/2019	2,34	0,00	0,00	0,00	0,00
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A						
23 ABR. 2019						
PROTOCOLO						
AG. JOÃO PESSOA						
CCl	Código de Classificação do Kon	TOTAL		229,06	204,20	95,13
	Tarifa/Tributos	9,571770				2,21

Média últimos meses (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
240	24/04/2019	R\$ 229,06

Histórico de Consumo (kWh)												
342	346	282	241	216	219	220	207	204	208	183	1208	
Abr/18	Mar/18	Jun/18	Jul/18	Ago/18	Sep/18	Out/18	Nov/18	Dez/18	Jan/19	Fev/19	Mar/19	

RESERVADO AO FISCO
7d57.9f2d.227a.df5d.d90d.36ce.a822.7fc3.

Indicadores de Qualidade				Composição do Consumo		
2/2019 - Lucena				Discriminação	Valor (R\$)	%
Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)				
DIC MENSAL	5,57	NOMINAL	220	Serviços de Dist. da Energisa PB	48,49	21,17
DIC TRIMESTRAL	13,74			Cargas de Energia	89,16	39,18
DIC ANUAL	27,48	CONTRA TUA LIMITE INFERIOR	202	Serviço de Transmissão	7,54	3,29
FIC MENSAL	3,55			Encargos Sociais	11,47	5,01
FIC TRIMESTRAL	7,10			Impostos Diretos e Encargos	92,40	40,34
FIC ANUAL	14,20			Outros Serviços	0,00	0,00
DMIC	3,97					
DICR	12,22					
				Total	229,06	100,00

Valor de EUSC (Ref 2/2019): R\$ 65,32

ATENÇÃO
- REAVISO DE VENCIMENTO: Caso seja fatura(s) ao fado relacionada(s) permanença(m) em atraso, o fornecimento poderá ser suspenso a partir de 01/05/2019. Conforme
Faturas em atraso
Mar/19 193,09



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, ELEONALDO DA SILVA PEREIRA,
RG nº 1534630, data de expedição 29/01/1990,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 854.646.784-68,
com domicílio na cidade de LUZENA, no Estado de
PARAÍBA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
MANIA FERNANDA DA SILVA, nº SIN,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Sauêas da Silva Pereira da Costa, cujo o condutor era
Sauêas da Silva Pereira da Costa.
Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDA CG 150 FAVESI Ano: 2003
Placa: 06A 3204/PB Chassi: 9C2KC16700R0579921
Data do Acidente 27/10/2018

Local e Data: João Pessoa, 23/04/2019

Eleonaldo da Silva Pereira

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Cartório Garibaldi
9º Ofício de Notas
Av. Epitácio Pessoa, 2640
Tambauzinho - João Pessoa - Paraíba
F.: (83) 3243.0377 - Fax: (83) 3243.0903

Reconheço por autenticidade a(s) firma(s) de (ELEONALDO DA SILVA PEREIRA(121482)). Em test. da verdade. Dou fé. João Pessoa-PB 23/04/2019 12:59:20.
PAULA GARIBALDI ELOY DE SOUZA - Substituto
Vlr R\$12,70, Fepj R\$1,98, Farpen R\$0,29, ISS R\$0,50
Operador: SAMILY, Selo Digital: AIL54782-0H0B -
a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>

Paula Garibaldi

CARTÓRIO GARIBALDI
JOÃO PESSOA - PB





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIREÇÃO TÉCNICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

DADOS DE NASCIMENTO 18/02/00

NOME DA MÃE LINDOMAR DA SILVA PEREIRA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.118.169

Nº PRONTUÁRIO 111.906

DATA DO ATENDIMENTO 27/10/18

HORA DO ATENDIMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E + FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA + FÍBULA D

CID 10 S 52.5 + S 82.7

AVALIAÇÃO INICIAL:

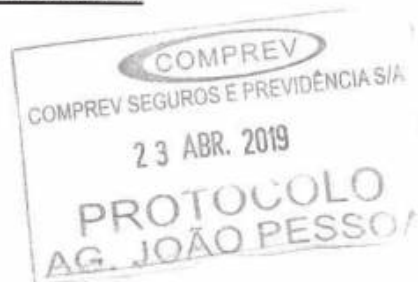
Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão moto x poste), trazido pelo SAMU, apresentando queixas de dores com suspeita de fratura em punho E, deformidade dorsal + escoriações + ferimento cortocontuso anterior da região proximal com sangramento ativo e deformidade em valgo + fratura exposta em perna D. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do punho E - AP e P

RX do joelho D - AP e P

RX da perna D - AP e P



TRATAMENTO:

Fratura da extremidade distal do rádio E + fratura exposta da tibia e fibula D aos RX. Realizado internamento e tratamento cirúrgico pelo Dr. Teófilo Vanomark e Dr. Lauri Junior.

ALTA HOSPITALAR: 06/11/18

DATA DA EMISSÃO: 31/01/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO EMERGÊNCIA
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

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



SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H
SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA 5ML), ADMINISTRAR 5,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H
Diluir
CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H
SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, (OBSERVAÇÕES: LENTO , SN)
Diluir
TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H
HEPARINA SODICA 5.000UI/ML(FRASCO/AMPOLA 5ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 6/6H, (OBSERVAÇÕES: PRESCRITO PELO CIRURGIÃO VASCULAR)
CUIDADOS
CURATIVO, (OBSERVAÇÕES: DIARIO)
FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA
SSVV + CCGG
I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: REAVALIAÇÃO DA VASCULAR)
EXAME LABORATORIAL
COAGULOGRAMA COMPLETO
CREATININA
GLICOSE
HEMOGRAMA COMPLETO
TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)
TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)
IONOGRAMA
UREIA
EXAME DE IMAGEM
RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TORNOZELO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP E PERFIL)
RADIOGRAFIA DE BACIA
RADIOGRAFIA DE PUNHO ESQUERDO (AP + LATERAL + OBLIQUA)
Conduta
Internar Paciente

LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

LAIANA KAREN DANTAS BARRETO
(CRM: 8491/RN)

Nome: <u>Lucas da Silva</u>			N de BE:	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão: <u>25/10/18</u>		Alta: <u>06/11/18</u>	Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação: <u>FAT. RANHA - PUNHA</u>				
Diagnóstico Definitivo: <u>Idem</u>				
Diagnóstico Secundário:				
Principais exames: <u>Rx</u>				
Cirurgia realizada - data e equipe: <u>Fixação articular (A. T. F. L. / A. L. L. L.)</u>				
Biópsias: <u>intraósteal (unidade 7 + 1 FE)</u>				
Anatomia patológica:				
Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não ()				
Resultado bacteriologista:				
Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () À Revelia ()				
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:				
<u>alta em bom estado com curativos</u>				
<u>regulares</u>				
Orientações Pós Alta				
Dieta:				
Repouso:				
Relativo em casa por, _____ dias.				
Retorno às atividades sem esforço físico em, _____ dias.				
Retorno às atividades com esforço físico leve, _____ dias e com maior em, _____ dias.				
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.				
Medicações para casa:				
Retorno:				
Ao posto de saúde em _____ para retirada de ponto.				
Ao ambulatório <u>R. Silva</u> em <u>30</u> dias para revisão. <u>21/11/18</u>				
João Pessoa: <u>de 11 de 18</u>				
Ass. Médico/CRM				
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.				





REGISTRO DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS ÓRTESES PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS - OPME

Número: _____
 Paciente: Queres da Silva Pereira da Costa
 Prontuário: 1118169
 Data: 27/10/18
 Procedimento: Exatamento reingresso de partícula e/ou placa
 Reposição: externa M+D
 SUS: (X) Não SUS ()
 Local: Unidade Básica

Data: 1/1

Caixa Pronta:

[illegible]

F(NG), APC.013-2



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA	BAE 1118169	Data/Hora Entrada 27/10/2018 04:24:21	Data Baixa
Data de nascimento 18/02/2000	Idade 18a 8m 9d	Sexo Masculino	CNS
Mãe LINDOMAR DA SILVA PEREIRA			Telefone de Contato (83) 986716526 / (83) 988249805
Endereço ELISIO LOPES DE MENDONCA, SN			Prontuário
Bairro CENTRO			UF PB
Município LUCENA			Nº Cons. Regional 7015/PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional NAPOLEAO SUASSUNA LAVREANO JUNIOR	
Data/Hora Classificação 27/10/2018 04:24:21		Data/Hora Prescrição 27/10/2018 10:15:21	

Anamnese**VASCULAR**CT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO+CONSCIENTE E ORIENTADO+
OM QUEIXAS DE DORES EM PUNHO ESQ+FRATURA EXPOSTA EM

PERNA DIREITA

AO EXAME

- PULSOS PED E TP DIINUIDO (2/3)
- COM SENSIBILIDADE E MOTRICIDADE PRESERVADOS
- AUSENCIA DE SD COMPARTIMENTAL NO MOMENTO
- PULSOS FEM E POP AMPLOS

CD: HEPARINA

MANTER ACOMPANHAMENTO CONJUNTO COM VASCULAR E ORTOPEDIA

MEDICAÇÃO

HEPARINA SODICA 5.000UI/ML(FRASCO/AMPOLA 5ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., 6/6H

Conduta

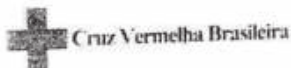
Em observação

LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

Dr. Napoleão Suassuna Jr.
Cf. Vascular/Endovascular
CRM-PB 7015
NAPOLEAO SUASSUNA LAVREANO JUNIOR
(: 7015/PB)

7/10/2018

172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=424425&pesquisa=S&perform=im...

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena**AREA VERMELHA**Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,
58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA	BAE 1118169	Data/Hora Entrada 27/10/2018 04:24:21	Data Baixa
Data de nascimento 18/02/2000	Idade 18a 8m 9d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 986716526 / (83) 988249805
Mãe LINDOMAR DA SILVA PEREIRA			Prontuário
Endereço ELISIO LOPES DE MENDONCA, SN	Bairro CENTRO	Município LUCENA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional RHAISSA MARIA ASSUNÇÃO ANDRADE DE SOUZA	Nº Cons. Regional 9963/PB
Data/Hora Classificação 27/10/2018 04:24:21		Data/Hora Prescrição 27/10/2018 06:38:57	

.anamnesePCT VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO+CONSCIENTE E ORIENTADO+
COM QUEIXAS DE DORES EM PUNHO ESQ+FRATURA EXPOSTA EM
PERNA DIREITA

LIBERADO PELA CIRURGIA GERAL PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO PELA ORTOPEDIA.

Conduta

Em observação

LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

RHAISSA MARIA ASSUNÇÃO ANDRADE DE SOUZA
(: 9963/PB)

Boletim registrado por: JOSEVALDO DA SILVA em 27/10/2018 04:25:29

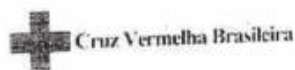
172.16.0.6:8080/cvb/pages/prescricao.do?controle=7&imprimirDadosAnteriores=N&perform=imprimir&id=424425&pesquisa=S&perform=im... 1/1

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/03/2021 10:31:25

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030910312486800000038462558

Número do documento: 21030910312486800000038462558

Num. 40380010 - Pág. 18

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

ÁREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA	BAE 1118169	Data/Hora Entrada 27/10/2018 04:24:21	Data Baixa
Data de nascimento 18/02/2000	Idade 18a 8m 9d	Sexo Masculino	CNS
Mãe LINDOMAR DA SILVA PEREIRA			Telefone de Contato (83) 986716526 / (83) 988249805
Endereço ELISIO LOPES DE MENDONÇA, SN	Bairro CENTRO	Município LUCENA	Prontuário
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MANOEL RICARDO SENA NOGUEIRA	UF PB
Data/Hora Classificação 27/10/2018 04:24:21		Data/Hora Prescrição 27/10/2018 06:33:08	Nº Cons. Regional 5013/PB

Anamnese

CIRURGIA VASCULAR

ACIDENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTO X POSTE
QUEIXA-SE DE DOR NA PERNA DIREITA E PUNHO ESQUERDO

AO EF

PUNHO ESQUERDO: DEFORMIDADE DORSAL, SEM FERIMENTOS, DOR A PALPAÇÃO DISTAL,

NEUROVASCULAR PRESERVADO

PERNA DIREITA: ESCORIAÇÕES, FCC ANTERIOR REGIÃO PROXIMAL COM SANGRAMENTO ATIVO, AUMENTO

DA DOR À EXTENSÃO DORSAL PÉ, PULSOS DISTAIS PALPÁVEIS, PORÉM DIMINUÍDOS A DIREITA

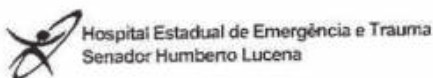
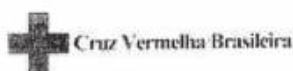
CD: REAVALIAÇÃO DA CIRURGIA VASCULAR APÓS FIXAÇÃO DAS FRATURAS

Conduta

Em observação

LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

5013
MANOEL RICARDO SENA NOGUEIRA
(CRM: 5013/PB)



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA	BAE 1118169	Data/Hora Entrada 27/10/2018 04:24:21	Data Baixa
Data de nascimento 18/02/2000	Idade 18a 8m 9d	Sexo Masculino	CNS
Mãe LINDOMAR DA SILVA PEREIRA			Telefone de Contato (83) 986716526 / (83) 988249805
Endereço ELISIO LOPES DE MENDONCA, SN	Bairro CENTRO	Município LUCENA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE	Nº Cons. Regional 165843/SP
Data/Hora Classificação 27/10/2018 04:24:21		Data/Hora Prescrição 27/10/2018 06:24:35	Prontuário

Anamnese

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTO X POSTE
QUEIXA-SE DE DOR NA PERNA DIREITA E PUNHO ESQUERDO

AO EF
PUNHO ESQUERDO: DEFORMIDADE DORSAL, SEM FERIMENTOS, DOR À PALPAÇÃO DISTAL,
NEUROVASCULAR PRESERVADO
PERNA DIREITA: ESCORIAÇÕES, FCC ANTERIOR REGIÃO PROXIMAL COM SANGRAMENTO ATIVO,
DEFORMIDADE EM VALGO, EDEMA (+2/4+), AUMENTO DA DOR À EXTENSÃO DORSAL PÉ, NEUROVASCULAR
PRESERVADO NO MOMENTO
RAIOX: FRATURA SEGMENTAR NA TIBIA DIREITA
FRATURA DISTAL DO RÁDIO PUNHO ESQUERDO
CD: ANTIBIOTICOPROFILAXIA PARA FRATURA EXPOSTA
TALA AXILOPALMAR ESQUERDA
AGUARDO AVALIAÇÃO DO CIR. VASCULAR E LIBERAÇÃO DA CIRURGIA GERAL PARA TRATAMENTO
CIRÚRGICO

MEDICAÇÃO

CEFALOTRINA SODICA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 2000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S) (OBSERVAÇÕES: DILUIR
EM 150 ML SF0,9%)

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: DILUIR 2000 ML
DE SF0,9% LENTO)

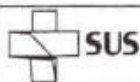
Conduta

Em observação

LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
(CRM: 165843/SP)

Boletim registrado por: JOSEVALDO DA SILVA em 27/10/2018 04:25:29



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE
PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)**

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE UTI TIPO I



DIÁRIA DE UTI TIPO II



DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

02 - fixador externo
01 - fio de kirschner m. 2,5

PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

() CNS () CPF

48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)



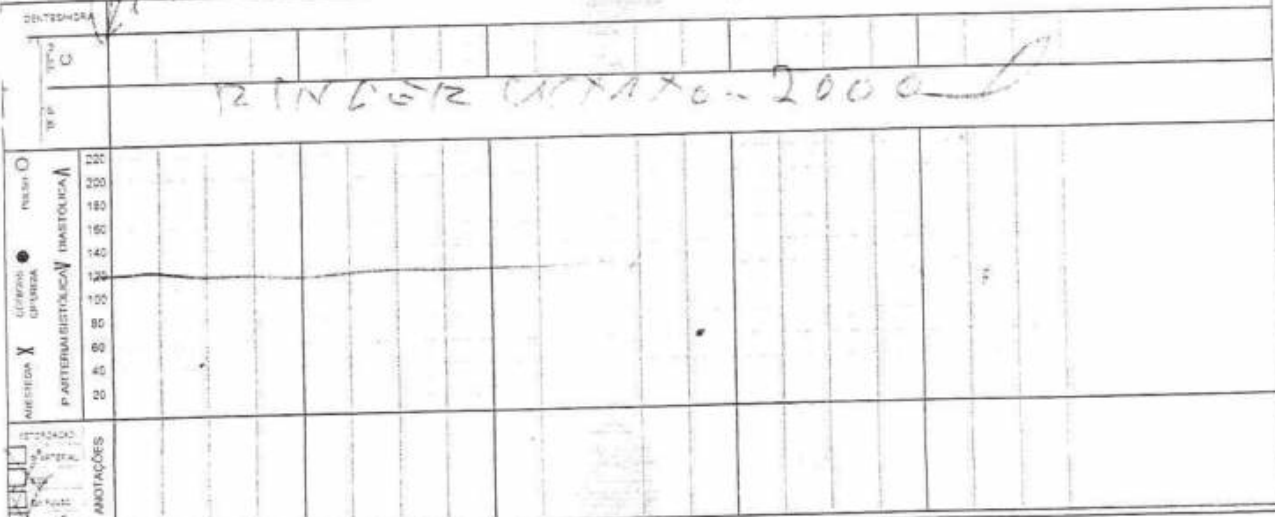
10/03/2021

FICHA DE ANESTESIA

DATA: 27/10/2018

PRONTUÁRIO: 118167

PACIENTE: LUCAS DA SILVA RIBEIRO		SEXO: M	COR: C	IDADE: 31
PRESSÃO ARTERIAL: 120/80	RESPIRAÇÃO: R	TEMPERATURA: 36,5	PESO: 70	GRUPO SANGÜÍNEO: O+
ESTADO GERAL: (BOM) (REGULAR) (MAU) (PÉSSIMO)		RISCO CIRÚRGICO: (BOM) (REGULAR) (MAU) (PÉSSIMO)		
EXAMES COMPLEMENTARES				
AP. RESPIRATÓRIO		AP. CIRCULATÓRIO		
AP. DIGESTIVO		ESTADO MENTAL		DROGAS EM USO
PRE-ANESTÉSICO				
DOSE: 100 mg				
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA exposta do osso da perna direita				
CIRURGIA REALIZADA: TIRADIMENTO C/ PULVÃO				
CIRURGIAO: LAURIL		AUXILIARES: FEFELC		
INÍCIO DA ANESTESIA: 08:10		TÉRMINO DA ANESTESIA: 09:40		DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1 HORA
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		QUANT. DE CH.		VALORES RS
ANESTESISTA: NETO LIRA		CRM-PB		3584



ANESTESIA GERAL		<input type="checkbox"/> RAQUIDIANA	<input type="checkbox"/> EPIDURAL	<input type="checkbox"/> BLOQ PLEXO	<input checked="" type="checkbox"/> BLOQ NERVOS	<input type="checkbox"/> OUTROS
MÉDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO						
SE	1	NEOCALINA 5-203	2	EFAXO 100-0	3	ETOPROFENOLO-100
SANGUE	4	SISFAX 100-0	5	DIURÉTICO	6	ANTIDEPRESSIVO
FLUIDO	7	ANTIDEPRESSIVO	8	ANTIDEPRESSIVO	9	ANTIDEPRESSIVO
TOTAL	10	ANTIDEPRESSIVO	11	ANTIDEPRESSIVO	12	ANTIDEPRESSIVO
DESTINO DO PACIENTE						
<input type="checkbox"/> AP+ <input type="checkbox"/> ENFERMARIA		<input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA		<input type="checkbox"/> OUTROS		
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES						
O paciente chegou na Sala de Cirurgia com sinais de desidratação e foi tratado com 200 ml de solução fisiológica. Não foi feita sedação na cirurgia.						



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
Incisão:
AUMENTO DE LESÃO DE PARTES MOLES PUNTIFORME PARA FAZER UMA MELHOR LMC COM
SF 0,9% ABUNDANTE
Achados:
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA (MALÉOLO LATERAL) DIREITO
Condução:
LIMPEZA MECÂNICO CIRÚRGICO + LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9%
REDUÇÃO DA FRATURA DE TÍBIA E FÍBULA COM AUXÍLIO DE ESCOPIA
FIXAÇÃO E ESTABILIZAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO BIPLANAR EM PERNA DIREITA
PASSAGEM DE FIO K 2,5MM EM FÍBULA DIREITA SOB AXÍLIO DE ESCOPIA
Fechamento:
SUTURA
CURATIVOS
RX DE CONTROLE
Observação:

SOLICITO PARECER DA PLÁSTICA E VASCULAR

Médico/CRM:


Laila
CRM

João Pessoa,

27/10/2018



100

[illegible]

CIRCUIT COURT OF THE 11th JUDICIAL CIRCUIT IN AND FOR THE COUNTY OF DADE, FLORIDA
 TOC. OF EVIDENCE
 COREN-PB 250.852
 FING: ASCR FCH-2





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA	BAE 1118169	Data/Hora Entrada 27/10/2018 04:24:21	Data Baixa
Data de nascimento 18/02/2000	Idade 18a 8m 9d	Sexo Masculino	CNS
Mãe LINDOMAR DA SILVA PEREIRA			Telefone de Contato (83) 986716526 / (83) 988249805
Endereço ELISIO LOPES DE MENDONÇA, SN	Bairro CENTRO	Município LUCENA	UF PB
Acidente MOTO X OBJETO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LAIANA KAREN DANTAS BARRETO	Nº Cons. Regional 8491/RN
Data/Hora Classificação 27/10/2018 04:24:21		Data/Hora Prescrição 27/10/2018 10:24:02	

Anamnese**ORTOPEDIA**

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE ACIDENTE MOTO X POSTE
QUEIXA-SE DE DOR NA PERNA DIREITA E PUNHO ESQUERDO
AO EF
PUNHO ESQUERDO: DEFORMIDADE DORSAL, SEM FERIMENTOS, DOR À PALPAÇÃO DISTAL,
NEUROVASCULAR PRESERVADO
PERNA DIREITA: ESCORIAÇÕES, FCC ANTERIOR REGIÃO PROXIMAL COM SANGRAMENTO ATIVO,
DEFORMIDADE EM VALGO, EDEMA (+2/4+), AUMENTO DA DOR À EXTENSÃO DORSAL PÉ, NEUROVASCULAR
PRESERVADO NO MOMENTO
RAIOX: FRATURA EXPOSTA SEGMENTAR NA TIBIA DIREITA
FRATURA FECHADA DISTAL DO RÁDIO PUNHO ESQUERDO

FEITO ANTIBIOTICOPROFILAXIA PARA FRATURA EXPOSTA

POI DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE CONTROLE DE DANOS DE FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA E
MALÉOLO LATERAL DIREITO COM FIXADOR EXTERNO BIPLANAR, SEM INTERCORRÊNCIAS.
PRESERÇA DE MOSCA NA SALA, TENDO POUSADO EM LESÃO DE PERNA DIREITA, ANTES DA DEGERMAÇÃO.

CD: INTERNO PACIENTE + SOLICITO EXAMES + ACOMPANHAMENTO JUNTO COM A VASCULAR + GESSO
AXILO PALMAR EM MSE

STAFF: DR TEÓFILO + DR LAURI

DIETA

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

CEFALOTINA 1G (FRASCO-AMPOLA), ADMINISTRAR 1000,0 MG VIA E.V., 6/6H, COM INTERVALO DE 6/6H POR 7 DIA(S)

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 6/6H

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H, (OBSERVAÇÕES: S/N)

Diluir

ONDANSETRONA 2MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 4,0 ML VIA E.V., 8/8H

CAPTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO ADMINISTRAR 1,0 MG VIA ORAL, ACM, SE NECESSÁRIO SE PAD>110MMHG E/OU
PAS>160MMHG (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 4,0)

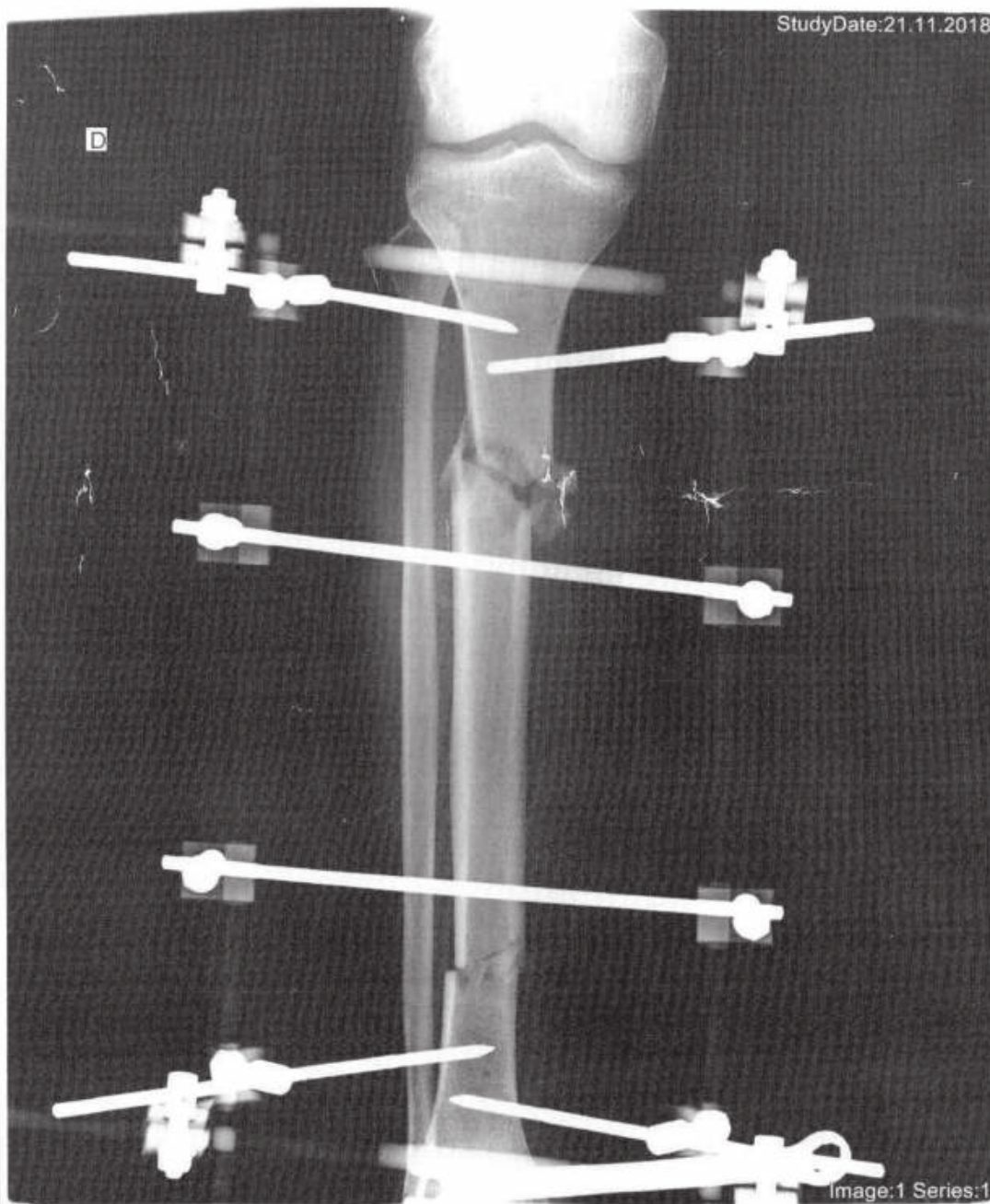
PatientID: 000000078712

Sex: Masculino

PatientName: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA BirthDate: 18.02.2000

Age: 18a.

StudyDate: 21.11.2018



HTOP



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/03/2021 10:31:25

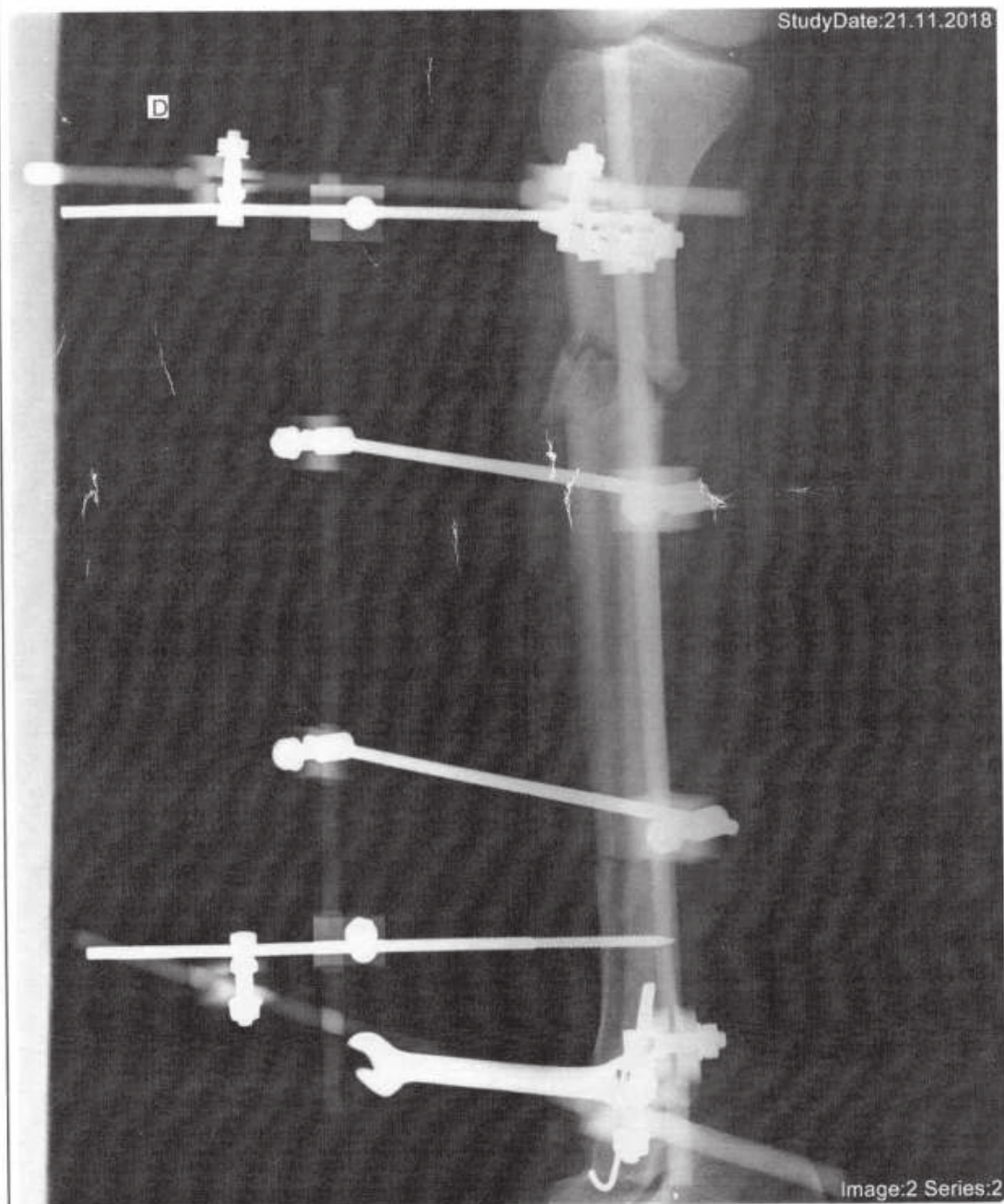
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030910312486800000038462558>

Número do documento: 21030910312486800000038462558

<p>PatientID: 00000078712 Name: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA</p>	<p>Sex: Masculino BirthDate: 18.02.2000 Age: 18a.</p>
<p>StudyDate: 21.11.2018</p>	
	<p>HTOP</p>

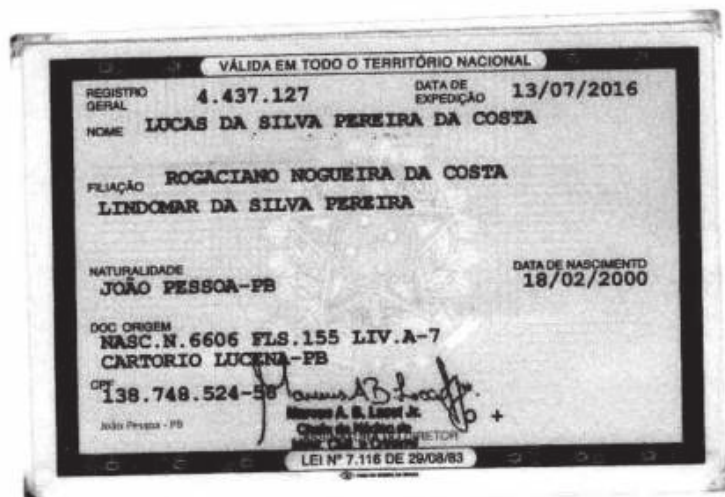


PatientID: 000000078712 Sex: Masculino
PatientName: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA BirthDate: 18.02.2000
Age: 18a.



HTOP





INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

OGA3204

2014

Imprimir Consulta

OGA3204

PASSA / MOTOCICLET

ALCO/GASOL

HONDA/CG 150 FAN ESI

2013 2013

PARTICULAR VERMELHA

28/06/2019

ALIENACAO FIDUCIARIA

LUCENA

23/04/2019

Último Licenciamento: 2014

Proprietário: *****

Placa: OGA3204

Combustível: ALCO/GASOL

Marca/Modelo: HONDA/CG 150 FAN ESI

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

Ano de Fabricação: 2013

Ano Modelo: 2013

Categoria: PARTICULAR

Cor Predominante: VERMELHA

Vencimento Licenciamento: 28/06/2019

Observação:

Restrição: ALIENACAO FIDUCIARIA

Financeira: #####

Município: LUCENA

Situação: EM CIRCULACAO

Data da Consulta: 23/04/2019



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 011753100369
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - 1 COTA RENAVAM - 0053356234-9 RENTR.C - 00/00000000 EXERCÍCIO - 2014

NOME

ELEONALDO DA SILVA PEREIRA

CPF / CNPJ

PLACA

85464678468

OGA3204/PB

PLACA ANT./UP

CHASSI

MOV3

PB

9C2EC16700R011494

ESPECIE TIPO

COMBUSTIVEL

PAS/MOTOCICLO/MAC/ABIT

ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

ANO FAB.

ANO MOD.

HANDLER 150 FCB

CAP / POT / CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

150 FCB

150 FCB

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. COTAE

I

P

12VA PAGO 13M

20/08/2014

1º

V

A

FAIXA LPVA

PARCELAMENTO / COTAS

2º

A

443333

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

17/08/2014

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 011753100369 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2014

09/09/2014

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

1

85464678468

OGA3204/PB

RENAVAM

MARCA / MODELO

ANO FAB.

CAT. TARIF.

Nº CHASSI

2013

4

9C2EC16700R011494

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL DO PREÇO DO SEGURO (R\$)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190288454 **Cidade:** Lucena **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA **Data do acidente:** 27/10/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO NA TÍBIA);
TRATAMENTO CONSERVADOR (PUNHO) E ALTA MÉDICA. 12

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190288454 **Cidade:** Lucena **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA **Data do acidente:** 27/10/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DA TÍBIA E DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIXADOR EXTERNO NA TÍBIA);
TRATAMENTO CONSERVADOR (PUNHO) E ALTA MÉDICA. 12

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50





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

Processo n.º 08004839520198151211

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LUCAS DA SILVA PEREIRA DA COSTA**, 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:

DOCUMENTO IMPRESCINDÍVEL AO EXAME DA QUESTÃO

(REGISTRO DA OCORRÊNCIA NO ÓRGÃO POLICIAL COMPETENTE)

Constata-se, pela síntese dos fatos narrados na exordial, que a parte autoral pretende que o seguro DPVAT no suposto acidente noticiado.

O parágrafo 1º, do art. 5º da lei n.º 6.194/74 é claro, e exige para que o beneficiário possa ter o direito de pleitear a indenização relativa ao seguro obrigatório de veículo a apresentação de determinados documentos.

Com efeito, verifica-se que a parte Autora deixar de apresentar o **registro da ocorrência policial, documento imprescindível para comprovação da ocorrência do acidente e do nexos de causalidade**.

Essa prova documental incumbe à parte autoral, não só em função do que consta expressamente na lei específica, supratranscrita, como em razão de ser constitutiva do seu direito, de conformidade com o que estabelece o art. 373 do CPC.

Assim, merece a presente demanda seja julgada extinta com resolução do mérito, na forma do art. 485, inciso I, da Lei Processual Civil.

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



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 indenitória na monta de R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois 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,

CABEDELO, 5 de março de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

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



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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 09/03/2021 10:31:25
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21030910312540300000038462562>
Número do documento: 21030910312540300000038462562