



Número: **0863397-90.2018.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **17ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **06/11/2018**

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

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JAILTON VITAL DA SILVA (AUTOR)		JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO) ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)		SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO)	
TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38802 279	27/01/2021 15:52	Petição	Petição
38802 281	27/01/2021 15:52	2706799_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02	Outros Documentos
38802 284	27/01/2021 15:52	2706799_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Outros Documentos

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JAILTON VITAL DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180383745**
Vítima: **JAILTON VITAL DA SILVA**
Data do Acidente: **11/03/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180383745**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01177/01178 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13275957





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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

111.126.047-82

Nome completo da vítima

Faúlton Vital da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Faúlton Vital da Silva	CPF titular da conta	111.126.047-82	Profissão	Agricultor
Endereço	Rua São José	Número	134	Complemento	
Bairro	Olha D'água	Estado	PB	CEP	58287-000
Cidade	Capim	Telefone (DDD)	(83) 99105-5363 / 99607-7040		
E-mail					

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input type="checkbox"/> CAIXA (303) <input type="checkbox"/> BANCO SANTANDER (041)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
AGÊNCIA Nome 0944		BANCO Nome Banco do Brasil 001	
D/V X		CONTA Número 30630	
D/V 4		D/V 4	

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.

João Pessoa 20 de agosto de 2018

Local e Data

x Faúlton Vital da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPE.001 V001/2017





agencia - 0944 7e
conta - 30 630-4





PROTOCOLO DE ENTREVISTA DE DOCUMENTAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Nome do Entrevistado: **ALVARO VITAL DA SILVA**
CPF: **021.122.047-13**
Data de Nascimento: **11/05/1972**
Endereço: **AV. ...**

DECLARAÇÃO DO ENTREVISTADO

Eu, **ALVARO VITAL DA SILVA**, declaro que as informações prestadas neste documento são verdadeiras e corretas, sob as penas da lei.

Assinatura do Entrevistado: **ALVARO VITAL DA SILVA**

ALVARO VITAL DA SILVA

CONCLUSÃO

A entrevista foi realizada em **27/01/2021**, às **15:52:19**, com duração de **15** minutos. O entrevistado foi informado sobre o objetivo da entrevista e deu seu consentimento para a realização da mesma.

A entrevista foi realizada em **27/01/2021**, às **15:52:19**, com duração de **15** minutos. O entrevistado foi informado sobre o objetivo da entrevista e deu seu consentimento para a realização da mesma.

Assinatura do Entrevistador: **SUELIO MOREIRA TORRES**

Assinatura do Entrevistador: **SUELIO MOREIRA TORRES**

Nome do Entrevistador: **SUELIO MOREIRA TORRES**
CPF: **021.122.047-13**

Nome do Entrevistador: **SUELIO MOREIRA TORRES**
CPF: **021.122.047-13**

Assinatura do Entrevistador: **SUELIO MOREIRA TORRES**

Assinatura do Entrevistador: **SUELIO MOREIRA TORRES**

Protocolado em 20/01/21



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 109984 Atd: Nao Regi
Data: 11/03/2018
Hora: 17:23:10
Recepcionista: ANTONIA GADELHA LOU
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JAILTON VITAL DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
CNS: 700007777333407 Sexo: M IDENTIDADE: 003279464 Fone: 993003988 Num. Prontuario: 2018.03.001599
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 18/09/1986 Id: 31 ano(s)
End.: SITIO OLHO DAGUA, 00
Bairro: CENTRO Cidade: CAPIM UF: PB
Mae: MARIA FRANCISCA VITAL DA SILVA Pai: JOSE VECENTE DA SILVA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: AGRICULTOR Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: JAILTON VITAL DA SILVA
Tel/Doc. Responsavel: 993003988 / IDENTIDADE: 003279464
Endencia: UNIDADE DE SAUDE HOSP MAMANGUAPE

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X CARRO SENDO O CONDUTOR

Vitima de violência por: EM OLHO DAGUA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

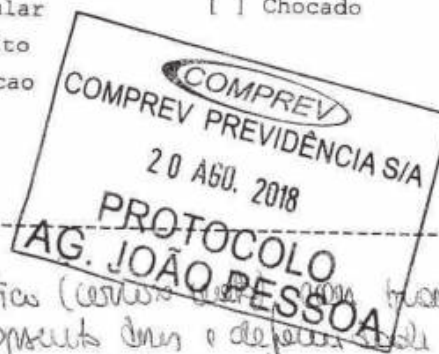
PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Exa Principal

TRAUMA EM TIBIA E FIBULA D



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente com historia de acidente automobilistico (colisao moto x carro) ocorrido em 11/03/2018, com trauma em tibia e fibula direita; no exame fisico, o unico ponto doloroso e o local do trauma. Paciente sem queixas de outros pontos.

Diagnostico

fratura da tibia e fibula direita

Conduta

- Realizar o curativo
- Medicação
- Analgesia

Prescrição

Horario da medicacao



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAILTON VITAL DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00944-X

CONTA: 000010030630-6

Nr. da Autenticação 1F992524FEB9D1F1



CERTIDÃO

Nº. 0915/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº 107650 e Prontuário de Nº 2018.03.000368, pertencentes à **JAILTON VITAL DA SILVA** que foi atendido dia 11/03/2018 às 17H23min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em perna direita.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de tibia e fíbula direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 29/03/2018 com alta médica dia 02/04/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 03 de julho de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médico Intensivista
CRM 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883



PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITTY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 109984 Atd: Nao Regi
Data: 11/03/2018
Hora: 17:23:10
Recepcionista: ANTONIA GADELHA LOU
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: JAILTON VITAL DA SILVA Num. de vezes atendido: 1
CNS: 700007777333407 Sexo: M IDENTIDADE: 003279464 Fone: 993003988
Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 18/09/1986 Id: 31 ano(s)
End.: SITIO OLHO DAGUA, 00
Bairro: CENTRO Cidade: CAPIM UF: PB
Mae: MARIA FRANCISCA VITAL DA SILVA Pai: JOSE VECENTE DA SILVA
Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO
Ocupação: AGRICULTOR Estado Civil: SOLTEIRO(A)
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: JAILTON VITAL DA SILVA
Tel/Doc. Responsavel: 993003988 / IDENTIDADE: 003279464
Endencia: UNIDADE DE SAUDE HOSP MAMANGUAPE

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X CARRO SENDO O CONDUTOR

Vitima de violência por: EM OLHO DAGUA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

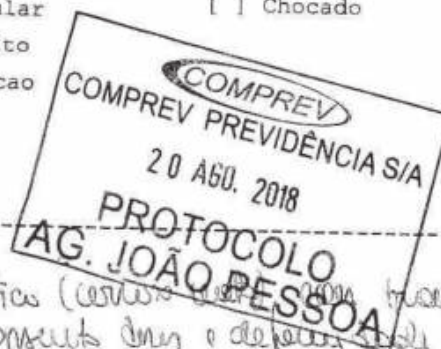
PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Exa Principal

TRAUMA EM TIBIA E FIBULA D



Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Relato em primeira pessoa de acidente automobilístico (carro batendo no poste de iluminação pública). O paciente sofreu uma lesão no membro inferior direito, com dor intensa e incapacidade de apoiar o peso. Não houve perda de consciência ou outros traumas aparentes.

Diagnostico

Fratura da tibia e fíbula direita.

Conduta

- Realizar o curativo
- Analgesia
- Monitorar

Prescricao

Horario da medicacao



Cirurgia Geral # às 18:10h (17/03/18).

Paciente vítima de acidente moto-carro há ± 6 horas.
Nega uso de capote, vômitos e dor ao. Refere ingestão
de bebida alcoólica. Exame: Garganta 15, supracóndilo, abdô
e idóculos, sem reações cutâneas. Supracóndilo ferimento

Data e Hora

PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

La data: 0 Nature

Paciente legível
13/03/18

Realizado a visita
de avaliação

① ultra cirurgia geral

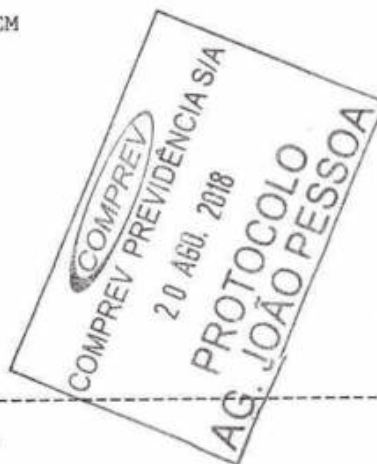
② Lesões cutâneas de ortopedica

Gabriella Sanches, MSc
Cirurgia Vascular
CREMEPE 25373

Auditoria Ladeira de São
Piscicultura
09:12/18

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao



Reservado p/ liberação

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistência [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Médico





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/17

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 a 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: Jaílton Vital da Silva CPF da Vítima: 111.126.047-82 Data do Acidente: 11/03/2018

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:

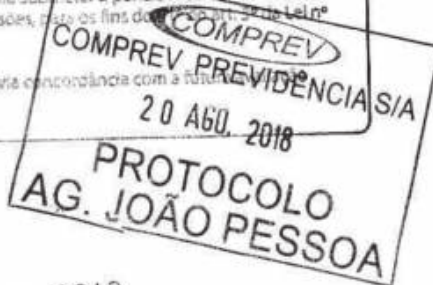
☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ 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 da 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 artigo 3º da Lei nº 6.194/74.

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



João Pessoa 20 agosto de 2018

Local e Data

x Jaílton Vital da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS
PACIENTE: Jailton Vital da Silva
DATA DE NASCIMENTO: 18/09/1986
NOME DA MÃE: Maria Francisca Vital da Silva

DADOS EXTRAÍDOS
BAM Nº: 255.546
DATA DE ENTRADA: 11/03/2018
HORA DO ATENDIMENTO: 14:30h
DADOS COLHIDOS FIELMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO

AVALIAÇÃO INICIAL: Paciente relata que foi atropelado por um carro, queixa-se de dor no membro inferior direito.

CONDUTA: Realizado medicação e Raio X de perna e pé direito.

REAValiação: Raio X reporta fratura distal de Tíbia e Fíbula. Paciente encaminhado para avaliação e conduta especializada no hospital de referência, Ortotrauma.

EXAMES REALIZADOS: Exame médico geral, laboratorial e tocoginecológico.

MEDICAÇÕES: Tramadol.

OBSERVAÇÃO: Conduta adotada de acordo a Anamnese, Exame Físico e Exames solicitados e avaliados pelo médico (a)(s) responsável (is) pelo atendimento deste paciente.

DATA DA EMISSÃO: 27/04/2018

Dr. Frederico Tócio
Diretor Técnico
Hospital Geral de Mamanguape

Dr. Frederico Tócio
Diretor Técnico
HGM

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





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

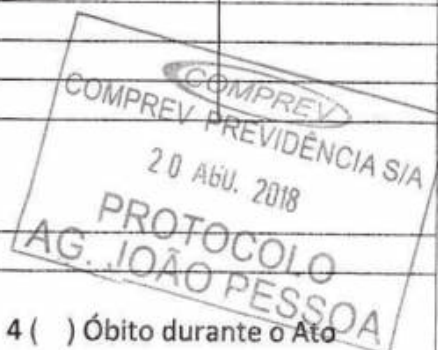
Nome: <u>Jaílton Vital do Sales</u>		Data da Admissão: <u>11/08/18</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: ____/____/____
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: ____/____/____	
PD: <u>Port de defumidade em pernas e vir</u>			
HDA: <u>Processo exerce histórico de otolaringite, amigdalite, tonsilite e defumidade em pernas e vir</u>			
Medicações em uso: _____			
Interrogatório Sintomatológico:			
Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Sudorese [] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____			
Pele: _____			
Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe [] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____			
AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise [] Dispneia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____			
ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas [] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melenas [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume			
AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria [] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____			
SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades [] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos			
SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____ [] Amnésia [] Libido [] Humor			

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





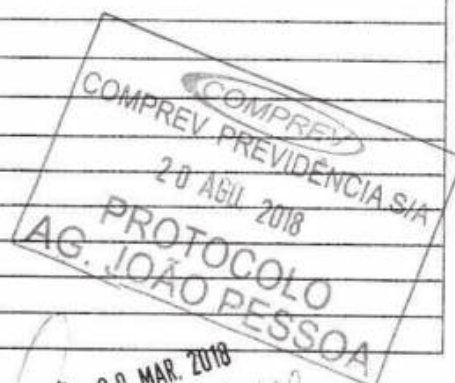
Nome: <i>JAILSON VITAL DA SILVA</i>				Registro:	
Idade: <i>31 a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP:	LR:
Data: <i>29/03/2018</i>			Cirurgião: <i>RODRIGO AMARAL</i>		
1º Assistente: <i>AURELIO R2</i>			2º Assistente: <i>VALDEBAN R1</i>		
Anestesista: <i>VALGAND</i>			Instrumentador:		
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fratura dos Ossos da Perna D</i>				<i>S82.3</i>	
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O mesmo</i>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)				CÓDIGO	
<i>Osteossíntese de Tibia e Fíbula</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico: 1 () Sim 2 (X) Não					
Descreva:					
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					



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



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA
Posição e Preparo:
<i>Paciente em decúbito dorsal sob anestesia</i>
<i>Assepsia + Antissepsia</i>
<i>Aposição de campos cirúrgicos estéreis</i>
Incisão:
<i>Incisão em 1/3 médio da região anterolateral da perna</i>
<i>Abertura de tensor da fáscia lata</i>
<i>Dissecção por planos</i>
<i>Acesso entre músculo tibial anterior e face lateral de diáfise da tíbia</i>
Achados:
<i>Visualização de foco de fratura da tíbia</i>
Conduta:
<i>Realizada manobra de redução</i>
<i>Aposição de 01 placa estreita DCP Ø 4.5mm</i>
<i>Aposição de 02 parafusos esponjosos de Ø 4.5mm + 01 parafusos cortical distais de Ø 4.5mm</i>
<i>Aposição de 05 parafusos proximais de Ø 4.5mm</i>
<i>Limpeza exhaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%</i>
<i>Aposição de dreno aspirativo Ø 4.8mm</i>
<i>Realizado RX controle</i>
<i>Incisão em região lateral da perna</i>
<i>Dissecção por planos até foco de fratura de fíbula</i>
<i>Redução dos fragmentos ósseos</i>
<i>Aposição de 01 placa 1/3 tubular Ø 3.5mm</i>
<i>Aposição de 01 parafuso esponjoso + 01 parafusos cortical Ø 3.5mm distais</i>
<i>Aposição de 03 parafusos proximais</i>
Fechamento:
<i>Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele</i>
<i>Curativo</i>
OBS:



Data: ____/____/____

Dr. Valdeban Carvalho Jr.
Méd. Esp. Ortopedia
CRM-PB 19992
29 MAR. 2018
MÉDICO/CRM

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



Dra. Arleide Andrade Medeiros
CRM/PB 11.289

Paciente: JAILTON VITAL DA SILVA.

LAUDO MÉDICO.

O paciente JAILTON VITAL DA SILVA, foi vítima de acidente de trânsito em 11/03/2018, em decorrência do qual sofreu trauma em membro inferior direito, fratura dos ossos da perna direita.

Conduzido à unidade de saúde, o paciente foi submetido a cirurgia, osteossíntese de tibia e fibula em 29/03/2018, ocasião em que foram apostas duas placas metálicas e treze parafusos, como expõe relatório cirúrgico.

Do exame clínico e dos demais documentos médicos do paciente, vê-se intensa limitação motora em face da extensão das lesões sofridas, reduzindo a capacidade do paciente para o normal exercício de suas atividades habituais e cotidianas.

CID 10: S 82.3

João Pessoa, 17 de setembro de 2018.

Dra. Arleide Andrade Medeiros
Médica
CRM/PB 11.289



REPUBLICA FEDERATIVA DO
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE
CARTEIRA NACIONAL DE HAB

JAILTON VITAL DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. E
003279464

CPF
111.126.047-

FILIAÇÃO
JOSE VICENTE
MARIA FRANCISCA
DA SILVA

PERMISSÃO

VALIDADE
11/07/2021

Nº REGISTRO
05330517720

INTERPRINT LTDA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1290188397



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JAILTON VITAL DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. / OUT. PASSAP. Nº 008279466 SSP RN

CPF 113.126.047-82 DATA NASCIMENTO 18/09/1986

PRENOME JOSÉ VICENTE DA SILVA

MARIA FRANCISCA VITAL DA SILVA

PERMISSÃO ACC. CAVALA. NPS

Nº REGISTRO 65330317720 VALIDEZ 11/07/2021 1ª HABILITAÇÃO 19/10/2011

VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1290188397

1290188397

65330317720

03/08/2016

LOCAL INHABITADO, ES

ASSINADO EM PRESEÇA

JAILTON VITAL DA SILVA

COMPREV
 COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 20 AGU. 2018
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
 20 ABR. 2018
 PROTOCOLO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº **013930505435**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 PRT 2018 1500005330-7

VIA **1** COD. RENAVAM **0098794815-6** R.N.T.R.C. **00/00000000** EXERCÍCIO **2018**

NOME
JAILTON VITAL DA SILVA

CPF / CNPJ **11112604782** PLACA **MOL5055/PB**

PLACA ANT / UF **NOVO PB** CHASSI **9C6KE122090013010**

ESPÉCIE TIPO **PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC** COMBUSTÍVEL **GASOLINA**

MARCA / MODELO **YAMAHA/FACTOR YBR125 K** ANO FAB. **2008** ANO MOD. **2009**

CAP / POT / CIL **2 P/124 /CI** CATEGORIA **PARTIC** COR PREDOMINANTE **AZUL**

COTA ÚNICA **00/00/0000** VENC. COTA ÚNICA **1º**

FAIXA LPVA ********* PARCELAMENTO / COTAS **0** **2º**

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ********* IOF (R\$) **SEGURO** PRÊMIO TOTAL (R\$) **PAGO** DATA DE PAGAMENTO **18/04/2018**

OBSERVAÇÕES
REST. BEN. TRIBUTARIO

CAPIM-PB LOCAL **14001** DATA **19/04/2018**

884

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

PB Nº 013930505435 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO **2018** DATA EMISSÃO **19/04/2018**

VIA **1** CPF / CNPJ **11112604782** PLACA **MOL5055/PB**

RENAVAM **00987948156** MARCA / MODELO **YAMAHA/FACTOR YBR125 K**

ANO FAB. **2008** CAT. TARIF. **9** Nº CHASSI **9C6KE122090013010**

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) ********* DENATRAM (R\$) ********* CUSTO DO SEGURO (R\$) *********

CUSTO DO BILHETE (R\$) ********* IOF (R\$) **SEGURO** TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) **PAGO**

PAGAMENTO **COTA ÚNICA** DATA DE QUITAÇÃO **18/04/2018**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 09.248.508/0001-04

884-0913150-20180419



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180383745 **Cidade:** Capim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILTON VITAL DA SILVA **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA E FÍBULA DISTAL À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

IVONE S. VALICE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180383745 **Cidade:** Capim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAILTON VITAL DA SILVA **Data do acidente:** 11/03/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DA TÍBIA E FÍBULA À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0303251/18

Número do Sinistro: 3180383745

Vítima: JAILTON VITAL DA SILVA

CPF: 111.126.047-82

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 11/03/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAILTON VITAL DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 24/09/2018
Nome: JAILTON VITAL DA SILVA
CPF: 111.126.047-82

JAILTON VITAL DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/09/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 17ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08633979020188152001

BRADESCO SEGUROS S.A., empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **JAILTON VITAL DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

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

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

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

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

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

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

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



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

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

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 25 de janeiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

