



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	<a href="#"><u>Petição</u></a>	Petição
38802 281	27/01/2021 15:52	<a href="#"><u>2706799_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_ANexo_02</u></a>	Outros Documentos
38802 284	27/01/2021 15:52	<a href="#"><u>2706799_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</u></a>	Outros Documentos

EM ANEXO



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:52:18  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715521695600000036993999>  
Número do documento: 21012715521695600000036993999

Num. 38802279 - Pág. 1

Rio de Janeiro, 23 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: JAILTON VITAL DA SILVA

Nº Sinistro: 3180383745

Vitima: 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](http://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





## 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 e apelido da vítima

Faúlton Vital da Silva

### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Faúlton Vital da Silva	111.126.047-82	Agricultor
Endereço	Número	Complemento
Rua São José	139	
Bairro	Cidade	Estado
Olha D'água	Capim	PB
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58287-000	(83) 99105-5363/99607-7040

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"/> RECUZO 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. Isso é uma opção)			
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO ITAU (341)			
<input type="checkbox"/> CAIXA (500) <input type="checkbox"/> BANCO FEDERAL (384)			
AGÊNCIA	BANCO	CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
0000	Numero	Banco do Brasil 001	
AGÊNCIA	Numero	AGÊNCIA	Numero
0944	0/V	0944	0/V
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	
PROTÓCOLO João Pessoa			

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.

Faúlton Vital da Silva  
Local e Data

X Faúlton Vital da Silva  
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:52:19  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715521833600000036994001>  
Número do documento: 21012715521833600000036994001

Num. 38802281 - Pág. 2



agencia .0944 26

conta - 30 630-4



ASSINADO ELETRONICAMENTE

Assinatura digitalizada

20212715521833600000036994001  
Assinado eletronicamente em 27/01/2021 às 15:52:19

311233000004  
ANEXO AO PROCESSO CIVIL N.º 21012715521833600000036994001  
CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO

Assinado eletronicamente em 27/01/2021

Assinante: SUELIO MOREIRA TORRES  
CPF: 11.111.111-11  
RG: 111.111.111-11  
Data de Nascimento: 11/11/1981  
Sexo: Masculino  
Endereço: Rua das Flores, 123  
Bairro: Centro  
Cidade: Rio de Janeiro  
UF: RJ  
CEP: 20000-000  
Email: suelio.moreira.torres@tjpb.jus.br  
Tel.: (21) 3202-1234

Assinado eletronicamente em 27/01/2021  
Assinante: SUELIO MOREIRA TORRES  
CPF: 11.111.111-11  
RG: 111.111.111-11  
Data de Nascimento: 11/11/1981  
Sexo: Masculino  
Endereço: Rua das Flores, 123  
Bairro: Centro  
Cidade: Rio de Janeiro  
UF: RJ  
CEP: 20000-000  
Email: suelio.moreira.torres@tjpb.jus.br  
Tel.: (21) 3202-1234

Assinado eletronicamente em 27/01/2021  
Assinante: SUELIO MOREIRA TORRES  
CPF: 11.111.111-11  
RG: 111.111.111-11  
Data de Nascimento: 11/11/1981  
Sexo: Masculino  
Endereço: Rua das Flores, 123  
Bairro: Centro  
Cidade: Rio de Janeiro  
UF: RJ  
CEP: 20000-000  
Email: suelio.moreira.torres@tjpb.jus.br  
Tel.: (21) 3202-1234

Assinado eletronicamente em 27/01/2021  
Assinante: SUELIO MOREIRA TORRES  
CPF: 11.111.111-11  
RG: 111.111.111-11  
Data de Nascimento: 11/11/1981  
Sexo: Masculino  
Endereço: Rua das Flores, 123  
Bairro: Centro  
Cidade: Rio de Janeiro  
UF: RJ  
CEP: 20000-000  
Email: suelio.moreira.torres@tjpb.jus.br  
Tel.: (21) 3202-1234

Assinado eletronicamente em 27/01/2021

SUELIO MOREIRA TORRES  
Assinante: SUELIO MOREIRA TORRES  
CPF: 11.111.111-11  
RG: 111.111.111-11  
Data de Nascimento: 11/11/1981  
Sexo: Masculino  
Endereço: Rua das Flores, 123  
Bairro: Centro  
Cidade: Rio de Janeiro  
UF: RJ  
CEP: 20000-000  
Email: suelio.moreira.torres@tjpb.jus.br  
Tel.: (21) 3202-1234

Assinado eletronicamente em 27/01/2021

SUELIO MOREIRA TORRES  
Assinante: SUELIO MOREIRA TORRES  
CPF: 11.111.111-11  
RG: 111.111.111-11  
Data de Nascimento: 11/11/1981  
Sexo: Masculino  
Endereço: Rua das Flores, 123  
Bairro: Centro  
Cidade: Rio de Janeiro  
UF: RJ  
CEP: 20000-000  
Email: suelio.moreira.torres@tjpb.jus.br  
Tel.: (21) 3202-1234



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 Regt  
Data: 11/03/2018  
Hora: 17:23:10  
Repcionista: 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

L residença: 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

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:

FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC:

TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso:

Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

[ ] Vomito

Observacao

xa Principal

TRAUMA EM TIBIA E FIBULA D

História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Além das fraturas de ambos os tibias, o paciente apresenta dor e edema no tornozelo e perna direita; o dor intensa, o venus opacos dor e edema no tornozelo e perna direita e pernas edemadas e doloridas em decorrência da fratura.

Diagnóstico

Fratura em ambas as tibias.

I Conduta - Realizar exames de sangue geral.  
- Radiografia  
- Análise.

Prescrição

I Horário da medicacão

Dr. Henrique



# 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:52:19  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715521833600000036994001>  
Número do documento: 21012715521833600000036994001

Num. 38802281 - Pág. 6

JAILTON VITAL DA SILVA  
RUA SÃO JOSE, 134 - OLHO D'ÁGUA  
CAPIM / PB CEP: 59287009 (AG. 14)

Emissão: 20/07/2018 Referência: Jul / 2018  
Classe/Símbolos: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B (200), Km26 - Distrito Residencial - João Pessoa / PB - CEP: 58031-600  
Rotero: 11-258-832-1165 N° medidor: 00209322517

ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
CNPJ:09.095.169/0001-45 - Insc. Est: 16.016.020-0  
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica N°009.759.138  
Cód. para Débito Automático: 99002859626

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Jul / 2018	20/07/2018	21/08/2018	111.126.047-82 Insc. Est

**UC (Unidade Consumidora):** **5/286962-6**

Canal de contato

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
20/06/18 3677	20/07/18 3692	1	8	30
<b>Demonstrativo</b>				
CCI - Código de Classificação do item				
001 - Descrição	Quantidade Técnica	Valor Base Cál.	A13 - CRM/RB	Bauru/Campinas/PB
	Tributos: Total(RB) ICMS(RB) ICMS - P/Outros(RB) IPI(RB) (4,995%)			
0801 - Custo de Disponibilidade	16,78	0,00	0	16,78
0801 - Adq. B. Vermelha	1,59	0,00	0	1,59
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS				
0804 - JUROS DE MORA 06/2018	0,41	0,00	0	0,00
0805 - MULTA 08/2018	1,23	0,00	0	0,00
0809 - PARCELA/MENTO DE DEBITO DO BANCO	48,17	0,00	0	0,00
0808 - ATUALIZAÇÃO MONETARIA 06/2018	0,19	0,00	0	0,00

CCI: Código de Classificação do item TOTAL 87,43 0,00 0,00 17,38 0,18 0,00

Média últimos meses (kWh) **VENCIMENTO**  
22 27/07/2018 **TOTAL A PAGAR** **R\$ 67,43**

Histórico de Consumo (kWh)  
0 1 0 10 10 0 0 1 0 1 1 1 1 1 2  
Jul/17 Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18

Bac6.2dbb.a95d.a959.f677.612e.060d.8b25.

#### Indicadores de Qualidade

Límites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DIOMENSIAL	0,00	NOMINAL
DETRIMESTRAL	23,69	220
DIANUAL	47,42	
TRIMESTRAL	7,42	
FIC TRIMESTRAL	15,84	0,00
FIC ANUAL	31,28	CONTRATADA
QMC	8,58	LIMITE INFERIOR
DCRI	18,80	LIMITE SUPERIOR

Discriminação	Valor (R\$)	%
Serviços de Dist. da Energia/PB	5,69	8,42
Combustíveis Energéticos	5,92	10,18
Gen. e/ou Transmissões	5,87	1,29
Encargos Sazonais	1,87	2,33
Impostos, Créditos e Encargos	2,92	4,33
Outros Serviços	48,17	71,44
Total	87,43	100,00

Valores R\$/kWh Ref. 5/2018/15/07/2018

**ATENÇÃO**  
- Faturas Anteriores Parceladas: Comprovação Contrato firmado.  
- Leituras confirmada.

**Faturas em atraso**



PARA/BA  
Rotero, 11-258-832-1165  
Matrícula: 28692-2018-07-1

**VENCIMENTO**

**TOTAL A PAGAR**

83680000000-9 67430054000-4 02869622018-6 07100258019-0





## CERTIDÃO

Nº. 0915/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILLO 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, Rosangela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, data 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 BURITY  
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: ( ) - CNPJ:

Ficha Nr: 109984 Atd: Nao Regt  
Data: 11/03/2018  
Hora: 17:23:10  
Repcionista: 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

L residenca: UNIDADE DE SAUDE HOSP MAMANGUAPE

Transporte utilizado: AMBULANCIA

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

Vitima de violênciapor: EM OLHO DAGUA

[ ] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA:

FR:

[ ] Aparentemente Bem [ ] Grave

FC:

TP:

[ ] Politraumatizado [ ] Convulsao

Peso:

Altura:

[ ] Hemorragia [ ] Dispneia

Glicemia:

IMC:

[ ] Diarreia [ ] Agitado

Circ. Abd:

O2%:

[ ] Regular [ ] Chocado

xa Principal

TRAUMA EM TIBIA E FIBULA D

[ ] Vomito  
Observacao



História - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Além das fraturas de ambas tibias clínicas (ambas com escoriações e feridas abertas), o paciente apresenta dor e edema no lado direito da face anterior e pernas em nível do joelho. Entanto não apresenta nenhuma lesão óssea.

Diagnóstico

Fratura das duas tibias.

| Conduta - Realizada exa. clínica.  
| - Medicamentos  
| - Enfermagem

Prescrição

| Horário da medicacão

Dr. Henrique  
Medicina



#Linggir Genf 28.10. (11/103/18).  
22-18

Primit utra de accidente nato - corvo ló + 6 horas.

Negro urso do capocete, roxito e dorado. Refere-se à este  
se Celibio desordena. Os elos: Georgios 15, supraco, abde  
e idolo, se roxoato dho. Supraco ferrete

Data e Hora 00/00/0000 PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

Condens. Outure

## O ultra enredo geral

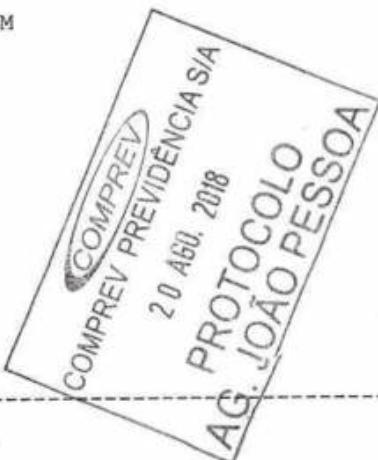
## ③ Los cuidados de ortopedia

Gabriella Sancho, M.D.  
Cirurgia Vascular  
CREMEPE 25373

Per a begin  
13/03/18

Placing de verry  
de een klein beetje

ANOTACOES DA ENFERMAGEM



#### **PROCEDIMENTO REALIZADO**

**DESTINO DO PACIENTE**

- [ ] Residencia [ ] Transferido [ ] Desistencia [ ] UTI  
[ ] Alta a pedido [ ] Enfermaria Obito: [ ] Atestado [ ] SVO [ ] IML

Assinatura do Paciente/Responsável

**Assinatura e Carimbo do Medico**





## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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").

Nº. Conselho da Vítima: *Failton Vital da Silva* | CPF da Vítima: *111.126.047-82* | Data do Acidente: *31/03/2018*

### 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:

Assinante uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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 Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do artigo 1º, § 1º, 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 perícia médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

**COMPREV PREVIDENCIA S/A**  
20 AGO. 2018

**PROTOCOLO  
AG. JOÃO PESSOA**

*João Pessoa 20. agosto de 2018*  
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

*x Failton Vital da Silva*





SECRETÁRIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE MAMANGUAPE

**HGM**  
HOSPITAL GERAL  
DE MAMANGUAPE

DIVISÃO MÉDICA

## 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 Tibia e Fibula. Paciente encaminhado para avaliação e conduta especializada no hospital de referência, Ortopreuma.

**EXAMES REALIZADOS:** Exame médico geral, laboratorial e tocoginecológico.

**MEDICAÇÕES:** Tramadol.

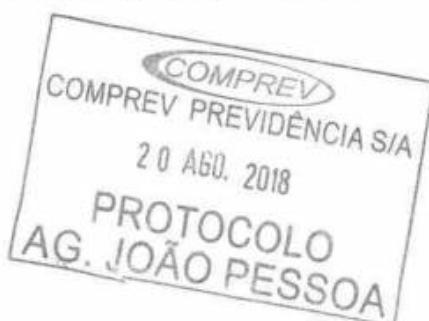
**OBSERVAÇÃO:** Conduta adotada de acordo a Anamnese, Exame Físico e Exames solicitados e avaliados pelo médico (a)(s) responsável (is) pelo atendimento deste paciente.

DATA DA EMISSAO: 27/04/2018

*Dr. Frederico Táctito*  
Dir. Técnico  
Hospital Geral de Mamanguape

*Dr. Frederico Tacito*  
Dir. 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>Wallton Vital do Nascimento</u> Data da Admissão: <u>01/08/18</u>			
Prontuário:	Idade:	Enfermaria:	Leito:
Nome da Mãe:			
Endereço:	Bairro:		
Cidade:	Estado:	Fone:	Profissão:
Sexo: F( ) M( )	Cor:	Estado Civil:	Religião:
Escolaridade:			
NP: <u>Drt de formidado seu perna</u>			
HDA: <u>Forrest esse histori de otropelos, antecelulas, cines e deformidades seu neps de perna</u>			
Medicações em uso:			
<p style="text-align: right;"><i>COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 20 ABR. 2018 AG. PROTOCOLO JOÃO PESSOA</i></p>			
Interrogatório Sintomatológico:			
<p><u>Geral:</u> [ ]Febre [ ]Astenia [ ]Anorexia [ ]Perda de Peso _____ Kg em _____ [ ]Prurido [ ]Sudorese [ ]Calafrios [ ]Alopecia [ ]Adenomegalias [ ]Icterícia [ ]Tonturas [ ]Outros: _____</p>			
<p><u>Pele:</u> _____</p>			
<p><u>Cabeça e PESCOÇO:</u> [ ]Cefaléia [ ]Espirros [ ]Rinorréia [ ]Obstrução Nasal [ ]Epistaxe [ ]Dor de Garganta [ ]Bócio [ ]Rouquidão [ ]Disfagia Audição: _____ Visão: _____</p>			
<p><u>AR e ACV:</u> [ ]Dor _____ [ ]Tosse [ ]Expectoração [ ]Hemoptise [ ]Dispneia [ ]Palpitações [ ]Desmaio [ ]Cianose [ ]Edema _____ Outros: _____</p>			
<p><u>ABD:</u> [ ]Dor _____ [ ]Pirose [ ]Soluço [ ]Regurgitação [ ]Hematêmese [ ]Náuseas [ ]Vômitos [ ]Dispepsia [ ]Diarréia [ ]Melena [ ]Enterorragia [ ]Constipação [ ]Aumento de volume</p>			
<p><u>AGU:</u> [ ]Disúria [ ]Incontinência [ ]Retenção [ ]Poliúria [ ]Oligúria [ ]Noctúria [ ]Hematúria [ ]Mal Cheiro [ ]Corrimento [ ]Outras: _____</p>			
<p><u>SME:</u> [ ]Dor _____ [ ]Rigidez pós-reposo [ ]Deformidades [ ]Artralgia [ ]Calor [ ]Rubor [ ]Edema [ ]Crepitação [ ]Fraqueza [ ]Atrofia [ ]Espasmos</p>			
<p><u>SN e PSQ:</u> [ ]Insônia [ ]Sonolência [ ]Convulsões [ ]Motricidade e Sensibilidade _____ [ ]Amnésia [ ]Libido [ ]Humor</p>			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





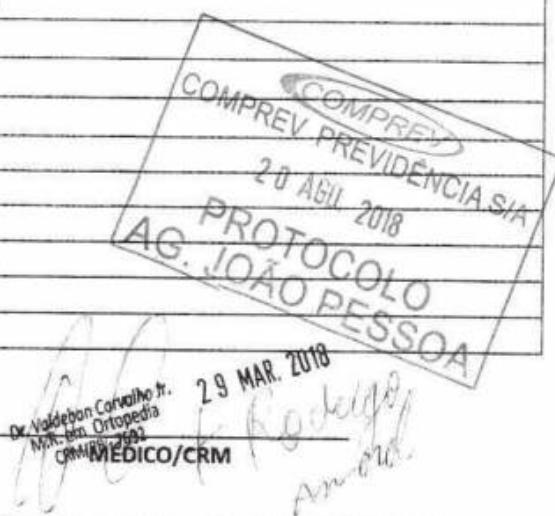
Nome: <i>JAILSON VITAL DA SILVA</i>				Registro:
Idade: <i>31 a</i>	Sexo: <i>Masc</i>	Cor:	Clínica: <i>Ortopedia</i>	EMP: _____ LR: _____
Data: <i>29/03/2018</i>		Cirurgião: <i>RODRIGO AMARAL</i>		
1º Assistente: <i>AURELIO R2</i>		2º Assistente: <i>VALDEBAN RI</i>		
Anestesista: <i>VALGAND</i>		Instrumentador: _____		
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	
<b>Posição e Preparo:</b>	Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
	Assepsia + Antissepsia
	Aposição de campos cirúrgicos estéreis
<b>Incisão:</b>	Incisão em 1/3 médio da região anterolateral da perna
	Abertura de tensor da fascia lata
	Dissecção por planos
	Acesso entre músculo tibial anterior e face lateral de diáfise da tíbia
<b>Achados:</b>	Visualização de foco de fratura da tíbia
<b>Conduta:</b>	Realizada manobra de redução
	Aposição de 01 placa estreita DCP Ø 4.5mm
	Aposição de 02 parafusos esponjosos de Ø 4.5mm + 01 parafuso cortical distais de Ø 4.5mm
	Aposição de 05 parafusos proximais de Ø 4.5mm
	Limpeza exaustiva de ferida operatória com SF a 0,9%
	Aposição de dreno aspirativo Ø 4.8mm
	Realizado RX controle
	Incisão em região lateral da perna
	Dissecção por planos até foco de fratura de fibula
	Redução dos fragmentos ósseos
	Aposição de 01 placa 1/3 tubular Ø 3.5mm
	Aposição de 01 parafuso esponjoso + 01 parafuso cortical Ø 3.5mm distais
	Aposição de 03 parafusos proximais
<b>Fechamento:</b>	Fechamento de planos musculares, subcutâneo e pele
<b>Curativo:</b>	
<b>OBS:</b>	

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



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 fíbula 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





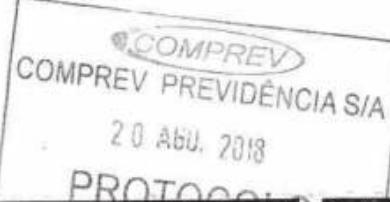
Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:52:19  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715521833600000036994001>  
Número do documento: 21012715521833600000036994001

Num. 38802281 - Pág. 17



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:52:19  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715521833600000036994001>  
Número do documento: 21012715521833600000036994001

Num. 38802281 - Pág. 18



PROTÓCOLO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VÍA 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](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	
1	2018	19/04/2018	
CPF / CNPJ	PLACA		
11112604782	MOL5055/PB		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
NOVO PB	9C6KE122090013010		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
YAMAHA/FACTOR YBR125 K	2008	2009	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2. P/124. /CI	PARTIC	AZUL	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS	
I	00/00/00.000	1 <sup>o</sup>	
P		2 <sup>o</sup>	
V	0	3 <sup>o</sup>	
A	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	
*****	*****	*****	
PRÉMIO TARIFÁRIO	IOF (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
*****	*****	*****	*****
PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO		
SEGURADO PAGO	18/04/2018		
OBSERVAÇÕES			
REST. BEN. TRIBUTARIO			
CAPIM-PB	LOCAL		
14001			
19/04/2018			
PAGAMENTO			
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO	
TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)			
PAGO			
DATA DE OUTAÇAO			
18/04/2018			

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04

Cult. 2017

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 (OSTEOSSÍTESE) 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

### ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ3

**Nome:** IVONE SZCZERBACKI VALICE

**CRM:** 5234194-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



## 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0303251/18

Número do Sinistro: 3180383745

Vítima: JAILTON VITAL DA SILVA

Data do acidente: 11/03/2018

CPF: 111.126.047-82

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAILTON VITAL DA SILVA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Documentação médica-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](http://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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JAILTON VITAL DA SILVA

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 Duto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

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

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

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

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

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

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

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

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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:52:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715522006800000036994004>  
Número do documento: 21012715522006800000036994004

Num. 38802284 - Pág. 1

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

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

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 25 de janeiro 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](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:52:20  
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715522006800000036994004>  
Número do documento: 21012715522006800000036994004

Num. 38802284 - Pág. 2